Nr. 47. 19. listopada 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. T. OSTROWSKI. Lwów.
Prof. Dr. H. HILAROWICZ, adjunkt kliniki.
Dr. Z. BIELIŃSKI, asyst. Zakładu.

Przyczynek kliniczny i doświadczalny do sprawy znieczulenia trzewi brzusznych [1].

Z Kliniki chirurgicznej U. J. K. (Dyr. Prof. Dr. T. Ostrowski) i z Zakł. Fizjologji U. J. K. (Kier. Doc. Dr. W. Tychowski).

Przy znieczulaniu trzewi jamy brzusznej wchodzą w rachubę, poza znieczuleniem rdzeniowem, którem nie będziemy sie tutaj zajmować, cztery sposoby znieczulania miejscowego:

1. Znieczulanie przewodowe (blokada) pni nerwów trzewnych w całości od strony grzbietowej, a więc przed otwarciem jamy brzusznej.
2. Takież znieczulenie nerwów trzewnych od przodu, t. j. po otwarciu jamy brzusznej.
3. Znieczulanie przez przenikanie środka znieczulającego wlanego do jamy brzusznej, czyli znieczulanie powierzchniowe trzewi.
4. Właściwe znieczulenie miejscowe trzewi przez nasiąkanie krezek wyłącznie w obrębie narządów operowanych.

Każdy ze sposobów wymienionych ma swoje dobre i złe strony.

Metodę pierwszą (Roussiele 1916, Kappis 1918) stosowano w klinice lwowskiej zasadniczo w latach 1921—1932, toteż rozporządzamy dużym stosunkowo materjałem 774 przypadków, w tem 365 resekcyj żołądka, 96 zespoleń żołądkowo-jelitowych, 168 operacyj na drogach żółciowych, 98 laparotomij próbnych, 8 operacyj nerkowych, 8 splenektomij, 19 mniejszych operacyj żołądkowych, jak pyloromyotomji, wycięcia wrzodu, 12 zabiegów na kiszce grubej. Metoda ta, ma tę główną zaletę, że znieczulenie następuje przed otwarciem jamy brzusznej i dotyczy odrazu większej części trzewi. Znieczulenie o ile jest udanem — jest rzeczywiście doskonałe. (Technika metody, Hilarowicz: Pol. Przegl. Chir. T. VI.).

Strony ujemne znieczulenia:

1. Technika stosunkowo trudna, wymaga znacznej wprawy i stąd bywa opanowaną przez niektórych tylko chirurgów. Ilość zawodów w pierwszych latach używania na klinice lwowskiej była dość znaczną, bo około 15%, w późniejszych w miarę wyszkolenia zmalała do 5%.
2. Wkłuwanie igły od tyłu przez grubą skórę, a zwłaszcza zetknięcie się jej z 11 lub 12 nerwem międzyżebrowym jest dla wielu chorych niemiłe i bolesne, a spowodu podrażnienia gałązki nerwowej grzbietowej wywołuje czasami rodzaj tężcowego kurczu mięśni długich grzbietu niezależnego od woli pacjenta, utrudniającego bardzo dalsze znieczulanie; w pewnej ilości przypadków występują wtedy bóle neuralgiczne bardzo przykre dla chorego i operatora, który musi się wówczas uciec do narkozy. Powikłania tego rodzaju widzieliśmy w 3% przypadków, przyczem w jednym przypadku w chwili skurczu mięśni przyszło do złamania igły, co wymagało operacji w kilka lat później. Tak więc pod względem ochrony psychicznej chorego znieczulenie to nie przedstawia się idealnie.
3. Samo znieczulenie nerwów trzewnych nie zabezpiecza przed wymiotami spowodowanemi podrażnieniem nerwów błędnych w czasie manipulacyj na krzywiźnie małej i wymaga w około 50% dodatkowego napojenia tejże. Według badań Ishikawy (IX Kongres Tow. Międzynar. Chir. w Madrycie 1932), znieczulenie nerwów trzewnych nie wystarcza do zniesienia wszelkich sensacyj w chwili pociągania za żołądek, spowodu czego wymaga on również dodatkowego znieczulenia n. błędnych.
4. Skrzywienia kręgosłupa i znaczna otyłość utrudniają skuteczne wykonanie znieczulenia.
5. Znieczulenie przedstawia pewne niebezpieczeństwa uboczne. Z tych najważniejsze nakłucie boczne worka oponowego i wprowadzenie doń wielkiej ilości nowokainy, zwykle śmiertelne (Finsterer), nakłucie pni żylnych; przebicie końcem igły aż do jamy brzusznej (przy Kappisie) i wprowadzenia tamże większej ilości nowokainy (p. n.); skaleczenie opłucnej (przy Roussiele'u) z następowemi bólami w boku, kaszlem i możliwością zatrucia, gdyż wsysanie z jamy opłucnej jest bardzo szybkie.
6. Mówiąc o tych niebezpieczeństwach ubocznych, musimy uwzględnić sprawę powikłań płucnych pooperacyjnych u chorych znieczulanych omawianym sposobem i ich ewentualnego stosunku do samego znieczulenia. Otóż w roku szkolnym 1932/33, w którym zaczęto stale stosować w klinice lwowskiej zamiast znieczulenia nerwów trzewnych Roussiele'a-Kappisa znieczulenie krezkowe, uderzyła nas bardzo mała stosunkowo ilość powikłań płucnych u chorych operowanych w porównaniu z latami dawniejszemi. Otóż w latach dawniejszych lekkie powikłania płucne w postaci rozlanych nieżytów oskrzeli widzieliśmy u chorych tych bardzo często, a i odsetka cięższych powikłań jak niedodmy, zapaleń zrazikowych i płatowych, zwłaszcza w miesiącach jesiennych dochodziła do 30% ogólnej ilości, wzrastając naturalnie znacznie u chorych starszych, przy raku żołądka i przy innych warunkach usposabiających. Stąd i leczenie zapobiegawcze musiało być bardzo energiczne, a polegało głównie na wstrzykiwaniach krwi własnej, wdychiwaniach CO_2, bańkach, wstrzykiwaniach eteru i t. d. W roku szkolnym 1932/33 ilość tych powikłań po operacjach brzusznych, wykonanych w znieczuleniu miejscowem, opadła nagle do minimum, nie dochodząc do 4%, i to postaci stosunkowo lekkich, co zwłaszcza jest uderzającem w odniesieniu do wymienionych wyżej chorych predysponowanych. Otóż nie jest wykluczonem, że zdarzające się przy znieczulaniu n. trzewnych grzbietowem drobne skaleczenia opłucnej, wylewy krwawe w tkance pozaopłucnowej, które są nie do uniknięcia, może lekkie zakażenie tej okolicy a zwłaszcza bóle w okolicy znieczulanej są momentem sprzyjającym powstaniu powikłań płucnych. Już sama bolesność pooperacyjna powłok brzusznych utrudnia głęboki oddech i sprzyja zaleganiu wydzieliny w drogach oddechowych, przyczem czynność oddechowa musi być przerzucona na klatkę piersiową; jeżeli jeszcze do tego dołącza się i utrudnienie ruchów tej ostatniej spowodu bólu w ostatnich przestworach międzyżebrowych, oddech musi ulec dalszemu ograniczeniu, co wobec rodzaju zabiegu w jamie brzusznej zazwyczaj połączonego z otwarciem światła przewodu pokarmowego tłumaczy aż nadto zwiększoną skłonność do powikłań płucnych.
7. Właściwe działanie toksyczne samego znieczulenia, względnie blokady nerwów trzewnych i związane z tem obniżenie ciśnienia krwi (p. n.). Obniżenie to, uważane zresztą przez wszystkich autorów za „normalny“ objaw udanego znieczulenia nie dosięga wprawdzie zbyt znacznych i groźnych stopni, jest jednak zasadniczem przeciwwskazaniem u chorych ze znacznem obniżeniem ciśnienia krwi. Zdania autorów co do niebezpieczeństw metody są podzielone. Śmiertelność według Schrödera wynosi 1 : 234, a więc większa jak znieczulenia rdzeniowego, według Hustinxa 1 : 356, według innych jak Finsterera, Payra, Kappisa (1000 przyp. bez zejścia śmiertelnego) nie przedstawia większych niebezpieczeństw.

W naszym materjale nie widzieliśmy ani jednego wypadku zatrucia śmiertelnego, co należy odnieść do bardzo wyrobionej techniki. Ilość lekkich zatruć — objawiających się bladością, kołataniem serca i t. p. wynosi w naszym materjale około 10%, cięższych, połączonych z zapadem widzieliśmy w całym materjale 8 przypadków, a więc nieco więcej jak 1%.

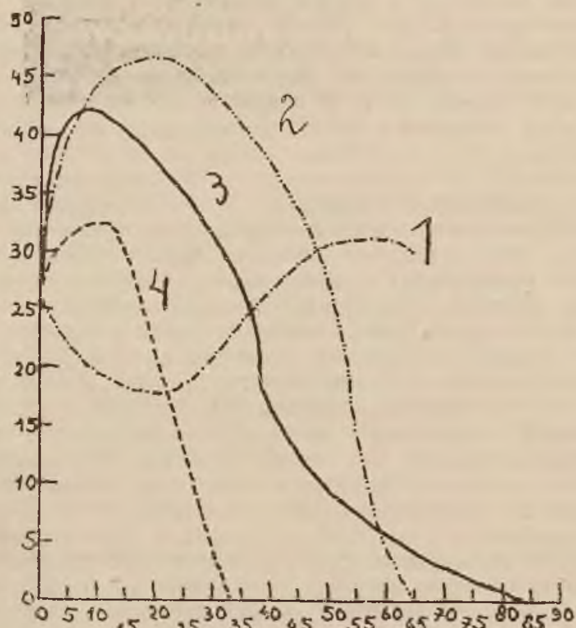
II. Sposób oryginalny Brauna, polegający na wstrzyknięciu nowokainy od przodu na przednią powierzchnię I kręgu lędźwiowego po odsunięciu aorty palcem na lewo pozwala wprawdzie uniknąć niektórych wad spowodu pierwszego, jest zato dla chorych nieprzyjemny spowodu manipulacji w głębi brzucha; wywołuje to, jak mogliśmy się przekonać, odruchy wymiotne i parcie, które nieraz uniemożliwia już dalsze operowanie bez uśpienia. I tu zachodzi niebezpieczeństwo nakłucia żyły, oraz wielkie trudności techniczne u chorych otyłych. W materjale naszym rozporządzamy zaledwie małą ilością 15 przypadków tak znieczulanych, w tem 8 przy użyciu perkainy.

---

[1]) Wygłoszone na sekcji chirurg. Zjazdu Lek. i Przyr. w Poznaniu 1933 r.

III. Znieczulenie przez wlewanie płynu znieczulającego do jamy brzusznej umożliwione dzięki odkryciu środków o silnych własnościach przenikających jak perkainy i pantokainy. Już w roku 1921 stosował w tym celu Baruch wlewanie roztworu nowokainy-suprareniny, przypuszczając, że nowokaina resorbując się przez naczynia limfatyczne znieczuli również biegnące wzdłuż nich nerwy w tkance międzyblaszkowej krezek; uzyskał jednak tylko znieczulenie otrzewnej ściennej. Najczęściej stosowaną była tu perkaina polecana przez Henschena w ogólności do znieczulania jam (Henschen, Mandl, Neumann, Eiselsberg, Lindner i in.); opisane 3 wypadki zejścia śmiertelnego po takiem znieczuleniu (Widenhorn) odnosi Baruch do znacznego przedawkowania i zwraca uwagę na szybkie wsysanie ze strony otrzewnej.

Dla uniknięcia zatruć poleca Baruch znieczulanie powłok innym środkiem, jak nowokainą, ewentualnie poprzedni zastrzyk śródżylny małej dawki, która ma działać według Blooma i Bonda jakby imunizująco (por. Hilarowicz i Bieliński, Pol. Przegl. Chir. 1931: podobny objaw zaobserwowany przy znieczuleniu rdzeniowem). Zaletą znieczulenia przez wlewanie do jamy otrzewnej ma być, według Barucha, brak porażenia ruchowego jelit. W ostatnich latach polecano zamiast perkainy pantokainę (Payr) do znieczulania tego rodzaju; takie znieczulenie stosowaliśmy w roku ubiegłym i w naszej klinice w 7 przypadkach. Użyte były ilości 100—200 cm³ ½‰ pantokainy w płynie zawierającym 0.7% NaCl i 0.4% K_2SO_4. Roztwór taki nadaje się, jak wykazują nasze doświadczenia na preparatach nerwowo-mięśniowych oraz na łapkach żabich metodą Türcka, lepiej do znieczulania jak roztwór pantokainy w czystej wodzie, a to wbrew twierdzeniu Schmidta, jakoby sole potasu nie wzmagały siły znieczulającej pantokainy. (Ryc. 1.). Znieczulenia



Ryc. 1. Wykres znoszenia przewodnictwa w nerwie żaby przez 1‰ roztwór pantokainy w fizjologicznym roztworze soli kuchennej (2), w izotonicznym roztworze siarczanu potasu (3), oraz w takimże roztworze cytrynianu potasu (4). 1 — kontrolne działanie samego płynu fizjologicznego (dla zimnokrwistych). Na osi odciętych czas w sekundach, na osi rzędnych odległość cewek w centymetrach przy oznaczaniu progu pobudliwości na prąd faradyczny.

osiągnięte były naogół niezłe, w 3 przypadkach jednak chorzy reagowali dość silnie, co wymagało dodatkowego nastrzykania krezek żołądka. Objawów zatrucia nie widzieliśmy, a mierzenie ciśnienia krwi wykazało w kilku przypadkach nieznaczną obniżkę w pierwszych 10 min. po wlaniu, dalszą dochodzącą do 30 mm Hg w czasie powiązywania naczyń żołądka; w dalszym ciągu ciśnienie wyrównywało się częściowo. Zdawałoby się to świadczyć o niezupełności zniesienia przewodnictwa w gałązkach nerwowych wewnątrz krezek zwłaszcza nerwów błędnych żołądka zgodnie z doświadczeniami Ishikawy. Wspomnieć należy dalej o próbach częściowego znieczulania trzewi zapomocą wlewania perkainy lub pantokainy w okolicę narządu operowanego jak jelita ślepego (Hilarowicz i Sowiakowski: Pol. Przegl. Chir. 1932) lub do worka sieciowego. Próby te są wynikiem dążności do zmniejszenia ilości wlewanego płynu i ograniczenia możliwości zatrucia. Odnośnie do powikłań płucnych, uważamy obecność większych ilości płynu zanieczyszczonego pod koniec operacji w jamie brzusznej za okoliczność niekorzystną. Pod względem psychicznym jest znieczulenie przez wlewanie idealnem, o ile jest udanem w zupełności.

IV. Znieczulenie krezkowe, międzyblaszkowe w terenie narządu operowanego, polecane głównie przez Finsterera, Wischniewskiego i in., a stosowane od szeregu lat we Lwowie przez Ostrowskiego. Główną zaletą tego sposobu znieczulania jest oszczędność w użyciu płynu znieczulającego a więc mała dawka, wykluczenie wszelkich uszkodzeń ubocznych lub injekcyj śródżylnych przy pewnej ostrożności, łatwa technika niewymagająca specjalnego ćwiczenia oraz pewność znieczulania połączonego przy operacjach żołądkowych równocześnie z blokadą nerwów błędnych w krzywiźnie małej.

Znieczulenie takie wymaga jednak od operatora pewnej cierpliwości i wielkiej delikatności przy samym akcie znieczulania, co jest głównym warunkiem udania się tegoż bez jakiegokolwiek dodatkowego znieczulania ogólnego poza zwykłą dawką morfiny i sprowadzenia cierpień chorego rzeczywiście do minimum.

Zakres znieczulania tegoż, które nazywać będziemy krezkowem, obejmuje w klinice lwowskiej przedewszystkiem operacje żołądkowe, zabiegi na woreczku żółciowym i drogach żółciowych, wreszcie w odpowiednich przypadkach zabiegi na jelicie grubem, zwłaszcza ślepem i esicy.

Technika znieczulenia przedstawia się następująco:

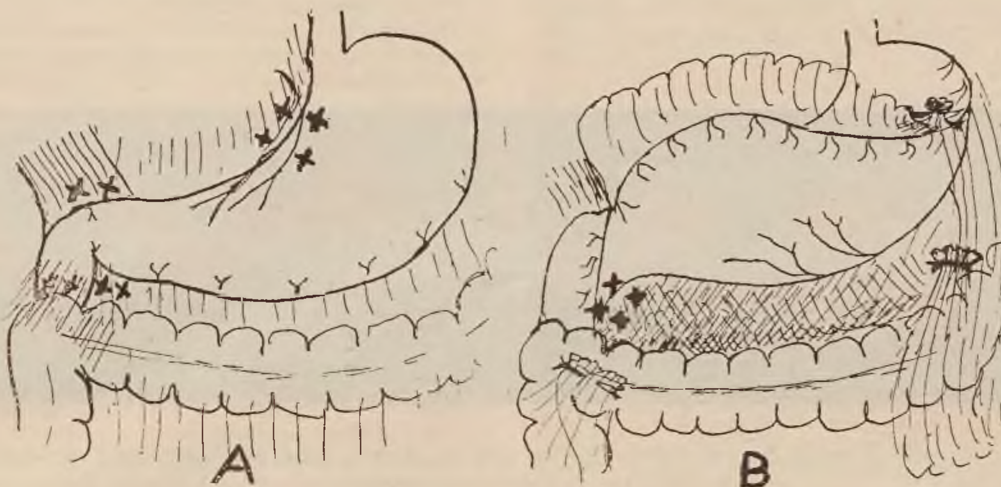
Przy operacjach żołądkowych. Po starannem znieczuleniu powłok na szerokiej przestrzeni i otwarciu jamy brzusznej jest rzeczą najważniejszą, aby nie wyciągać trzewi i nie orjentować się dotykiem co do istoty schorzenia przed dokonanem częściowo znieczuleniem; brutalne wyciąganie żołądka lub sieci może spowodować odruchy ze strony przepony oraz reakcję bólową, wypieranie trzewi przy równoczesnym spadku ciśnienia krwi, co pociąga za sobą konieczność dodatkowego nieraz głębokiego uśpienia. Uprzedzenie niektórych chirurgów do omawianego sposobu znieczulania zależy właśnie wyłącznie od tego rodzaju powikłań. Otóż w celu uniknięcia ich należy bardzo delikatnie unieść powłoki płaskim i długim hakiem wprowadzonym w górnym kącie rany i drugim mniejszym po stronie prawej, poczem nie dotykając leżących spokojnie trzewi odpowiednio długą i jaknajcieńszą igłą wprowadza się około 10 cm³ 1% nowokainy z adrenaliną pomiędzy blaszki więzadła dwunastniczo-wątrobowego, wkłuwając ją ostrożnie tuż ponad odźwiernikiem; następnie wstrzykuje się dalszych około 5 cm³ wzdłuż dolnej granicy początkowej części dwunastnicy. Dla znieczulenia krzywizny małej może asystujący bardzo delikatnie przesunąć żołądek ku dołowi i rozprzestrzenić jego przednią ścianę nie wyciągając go nazewnątrz, poczem wstrzykuje się pomiędzy blaszki otrzewnej w krzywiźnie małej o ile możności jaknajbliżej wpustu dalszych 10 cm³. Dotąd chory nie odczuwa najmniejszych przykrych sensacyj a po chwili można bez obawy wyciągnąć żołądek przed powłoki i dostrzykać dalszych 5—10 cm³ płynu w kąt pomiędzy dwunastnicą, zgięciem wątrobowem okrężnicy a trzustką i w nasadę krezki poprzecznicy, najlepiej już po częściowem oddzieleniu sieci od tejże; ten ostatni akt znieczulenia jest bardzo ważny ze względu na wielką wrażliwość okolicy tętnicy żołądkowo-dwunastniczej i dwunastniczej górnej. Dostanie się płynu we właściwą warstwę międzyblaszkową powoduje balonowate rozdęcie krezek i ułatwia w znacznym stopniu preparację. Zużycie nowokainy 30—35 cm³ 1% płynu. Trwanie znieczulenia wystarczy dla wszelkich zabiegów żołądkowych przy istniejącej zawsze możliwości dodatkowego nastrzykania. Najważniejszem jest, że nie spotyka się praktycznie nigdy najmniejszych objawów zatrucia; przeprowadzone w naszej klinice w szeregu przypadków pomiary ciśnienia krwi nie wykazały nigdy spadku tegoż nawet przy pociąganiu za narządy; natomiast obserwowaliśmy w pierwszych minutach po wstrzyknięciu wzrost ciśnienia od 10—15 mm Hg, co można odnieść do działania adrenaliny (p. n.). (Ryc. 2.).

Dla zabiegów na drogach żółciowych wstrzykuje się nowokainę pod otrzewnę na granicy woreczka i wątroby z obydwu stron, zwłaszcza w okolicy tętnicy woreczkowej, co ułatwia bardzo udzielanie go we właściwej warstwie oraz pod przednią blaszkę otrzewnej więzadła dwunastniczo-wątrobowego, pokrywającą przewód żółciowy wspólny i tętnicę wątrobową; oczywiście ten ostatni zastrzyk musi odbywać się pod kontrolą wzroku i z pewną ostrożnością. (Ryc. 3.).

Przy wycięciu kiszki biodrowo-kątniczem, lub wycięciu esicy wykonuje się odpowiednie nastrzykanie tkanki pozakątniczej i u podstawy krezki ostatniego odcinka jelita biodrowego, względnie podstawy krezki esicy.

Jak wspomniano na wstępie, posiadamy dotąd materjał znieczulenia krezkowego w klinice zaledwie z jednego roku szkolnego. Obejmuje on ogółem 74 przypadków, w tem operacyj żo-

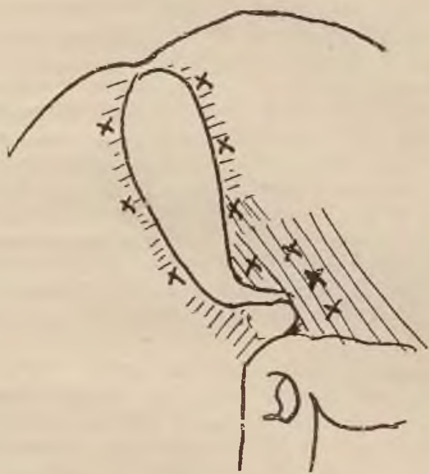
łądkowych, przeważnie resekcyj 56, operacyj na drogach żółciowych 14, zabiegów na kiszce grubej 4. Jako środek znieczulający była używana głównie 1% nowokaina, w kilku przypadkach $^1/_2$‰ pantokaina z równie dobrym skutkiem. Zawodu, wymagającego dodatku eteru, nawet u pacjentów bardzo wrażliwych nie widzieliśmy w żadnym przypadku, podobnie jak i objawów najsłabszego chociażby zatrucia. Wbrew twierdzeniu niektórych chi-



Ryc. 2. Schematyczne przedstawienie znieczulenia trzewi przy operacjach żołądkowych; XX oznaczają miejsca wstrzyknięcia nowokainy w A in situ, w B po oddzieleniu więzadła żołądkowo-okrężnicowego i odchyleniu krzywizny dużej ku górze.

rurgów, jakoby znieczulanie tego rodzaju było dla chorych przykrem spowodu manipulacyj w jamie brzusznej, musimy podkreślić, że właśnie pod względem ochrony psychicznej osiągnęliśmy warunki dla chorych najkorzystniejsze.

Rozporządzając obfitym materjałem klinicznym, dotyczącym wszystkich wymienionych rodzajów znieczulenia trzewi brzusznych, podjęliśmy doświadczenia na zwierzętach w celu porówna-



Ryc. 3. Schematyczne przedstawienie znieczulania przy operacjach na drogach żółciowych; XX oznaczają miejsca podsurowicówkowego wstrzyknięcia nowokainy.

nia działania trzech zasadniczych metod: 1) wlewania śródotrzewnowego, 2) znieczulania krezkowego (śródblaszkowego) oraz 3) blokady pni nerwów trzewnych od strony grzbietowej.

Technika ogólna doświadczeń przedstawiała się następująco: po oznaczeniu wagi psa usypiano zwierzę zapomocą eteru, somnifenu lub *veronal-natrium* (0.275 g na kg wagi śródżylnie); ten ostatni sposób stosowany był najczęściej, gdyż pierwsze doświadczenia wykonane w uśpieniu eterowem wykazały, iż sposób ten ze względu na nierównomierną głębokość uśpienia i wahania ciśnienia krwi i oddechania, zależne od tego, nie nadaje się do oceny działania samego znieczulenia. Po uśpieniu zwierzęcia odsłaniano tchawicę, do której wkładano rurę tracheotomijną, oraz jedną z tętnic szyjnych, którą łączono kanjulą z manometrem Ludwiga celem zapisywania ciśnienia krwi; oddech zapisywano równocześnie zapomocą bębenka Marey'a i butli pojemności 10 l, połączonej z rurą tchawiczną. W doświadczeniach grupy pierwszej otwierano jamę brzuszną małem cięciem w linji środkowej i wprowadzano do niej zapomocą lejka odpowiednią ilość płynu znieczulającego, poczem ranę kleszczykami zamykano.

W doświadczeniach grupy drugiej wstrzykiwano płyn znieczulający pomiędzy blaszki otrzewnej krezek a) żołądka, naśladując znieczulenie przy operacjach żołądkowych u człowieka t. j. wzdłuż krzywizny małej od strony wpustu, w więzadło dwunastniczo-wątrobowe, pomiędzy blaszki u dolnego brzegu odźwiernika i początkowej części dwunastnicy, pomiędzy blaszki krzywizny dużej. b) W podstawę krezki jelita cienkiego i grubego w miejscu, gdzie schodzą się u psa dwunastnica, przejście tejże w jelito czcze, jelito ślepe i biodrowe. Miejsce to ze względu na dość obfitą ilość tkanki międzyblaszkowej oraz położenie tamże głównych tętnic, zaopatrujących wspomniane odcinki jelit, szczególnie nadaje się dla naszych doświadczeń, w których chodziło nam między innemi o wykazanie wpływu przeciwdziałającego obniżce ciśnienia wskutek działania miejscowego zawartej w płynie znieczulającym adrenaliny na wielki obszar naczyniowy; działanie takie powinno być odwrotne jak przy blokadzie tymże płynem nerwów trzewnych i następowem porażeniu naczyń trzew. c) Inne obszary tkanki międzyblaszkowej względnie zaotrzewnowej celem pomieszczenia większych ilości płynu znieczulającego. d) Okolice nadnerczy (patrz niżej).

W doświadczeniach grupy trzeciej blokowano n. trzewne od strony grzbietowej na wzór metody Roussiele'a, co daje się u psa po pewnem wyćwiczeniu na zwłokach psów z łatwością i wielką dokładnością osiągnąć. Pomiędzy 11 a 12 żebrem, około 2 cm od linji środkowej wkłuwa się mocną, około 7 cm długą kanjulę pod kątem 45^0 do płaszczyzny strzałkowej wgłąb na 3—4 cm aż do wyczucia oporu bocznej powierzchni trzonu kręgowego. Igły wprowadzano po obydwu stronach, pozostawiając je w tem położeniu aż do końca doświadczenia celem ewentualnego zwiększenia dawki, oraz kontroli sekcyjnej; prawidłowe położenie końców igieł w tkance pozaopłucnowej i napojenie tejże w miejscu przebiegu nerwów trzewnych na bocznych ścianach kręgosłupa stwierdzono po każdem doświadczeniu usuwając wątrobę i przecinając przeponę. Jako środka znieczulającego używano do wlewania pantokainy i nowokainy rozpuszczonych w wodzie destylowanej lub płynie zawierającym 0.4% K_2SO_4 i 0.7% NaCl, do znieczulania krezkowego również pantokainy i nowokainy w takimże roztworze, do blokady n. trzewnych od tyłu nowokainy 1%.

Ogółem wykonano 17 doświadczeń.

Grupa I.

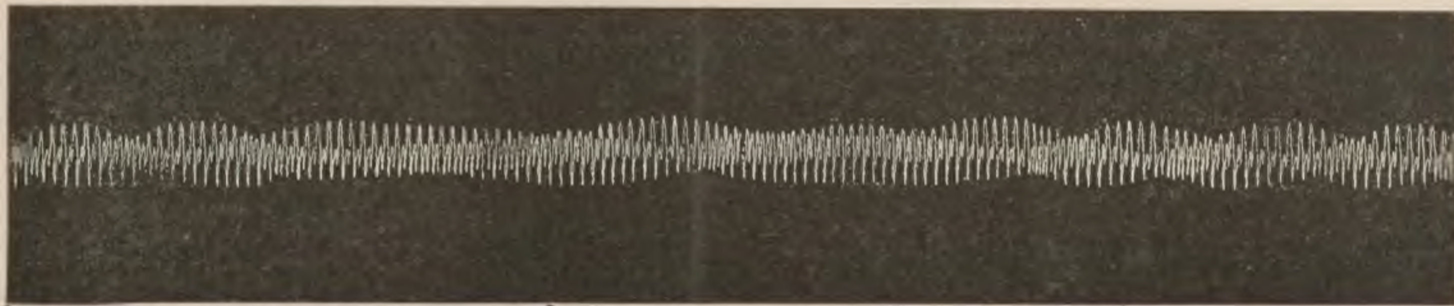
Obejmuje 5 doświadczeń, w których wlewano płyn znieczulający do jamy brzusznej, a mianowicie doświadczenia Nr. 1, 3, 4, 16, 17.

Jak wynika z tych doświadczeń, śródotrzewnowa dawka pantokainy 150—200 cm³ 1‰ roztworu, t. j. 0.15—0.2 g powoduje śmierć zwierzęcia. Przy wlaniu odrazu całej dawki (doświadczenie 4) śmierć następuje szybko, przyczem najpierw występują zaburzenia oddechowe w postaci zwolnienia rytmu przy nieznacznym spadku ciśnienia krwi; po 13 minutach porażenie oddychania i ustanie akcji serca. Przy wlewaniu pojedyńczemi dawkami mniejszemi (doświadczenie 3) działanie jest zrazu nieznaczne, poczem śmierć następuje prawie nagle wśród zwolnienia oddechania

i spadku ciśnienia. W doświadczeniu Nr. 3 zauważyliśmy po raz pierwszy dotąd nieznane zjawisko występowania na krzywej ciśnienia nowych, niezależnych od rytmu oddechowego fal, utworzonych wskutek perjodycznych zmian w wysokości głównych, oraz dikrotycznych wzniesień naprzemian (Ryc. 4). Fale te zaznaczają się wyraźnie mniejwięcej po 2 min. od rozpoczęcia wlewania pierwszej dawki, poczem wyrównują się, by po dalszej dawce i przy obniżonem już nieco ciśnieniu ukazać się znowu nieco mniej regularnie; pod koniec doświadczenia, przy dalszym spadku ciśnienia omawiane fale nie zjawiają się więcej. Okres pojedyńczych fal wynosi około 14 sekund i jest dość stały, miejsienie to odnosimy przedewszystkiem do działania miejscowego adrenaliny na wielki obszar naczyń krezkowych, których osłabione tętnienie połączone ze zblednięciem trzewi można było wzrokiem wyraźnie stwierdzić.

Znaczniejszy spadek ciśnienia krwi wskutek wprowadzania roztworu znieczulającego w tkankę międzyblaszkową krezek i zaotrzewnowo zauważyliśmy jedynie w doświadczeniu Nr. 14, co odnosimy do wpuszczenia płynu znieczulającego zaotrzewnowo w okolicę nadnerczy. (p. n.).

W doświadczeniach Nr. 7 i 12 wprowadzaliśmy międzyblaszkowo w krezki roztwór nowokainy. Ilość 160 cm³ 1% roztworu



Ryc. 4. Wycinek z krzywej ciśnienia krwi w tętnicy szyjnej psa po wlaniu pantokainy do jamy otrzewnowej; widoczne wtórne fale niezależne od oddechania.

scami jednak dochodzi do 27 sekund. Bliższem wytłumaczeniem powyższego zjawiska zajmujemy się w oddzielnej pracy; ponieważ zauważyliśmy i przy blokadzie nerwów trzewnych od strony grzbietowej małą ilość płynu znieczulającego, odnosimy powstanie jego do działania porażającego, miejscowego na naczynia trzewi brzusznych, występującego w następstwie przenikania środka i wpływu wprost na naczynia lub ich unerwienie w krezce. Śmiertelna dawka pantokainy wlanej do jamy brzusznej 0.15—0.2 g na zwierzę wagi 6.5 — 8.5 — 28 kg odpowiada przeciętnie około 0.015—0.02 g na 1 kg wagi a jest małą w porównaniu do dawki podskórnej obliczonej według S c h m i d t a 0.04 g na kg; w pojedyńczych doświadczeniach (dośw. 1) wynosi ona nawet 0.007 g na kg. Podobnie ma się rzecz i z nowokainą, przy której (doświadczenie 16 i 17) już 50 cm³ 1% roztworu wlanego do jamy brzusznej wywołuje śmierć zwierzęcia 10 kg wagi, co odpowiada dawce 0.05 na kg; jest to dawka bardzo mała wobec dawek podskórnej 0.4 i śródżylnej 0.15 na kg wagi (u kota) podanych przez B r a u n a, a jeszcze niezawsze śmiertelnych. Jakkolwiek nowokaina nie wchodzi w rachubę jako środek znieczulający powierzchniowo, w każdym razie doświadczenia ostatnie, których wyniki zresztą są zgodne z dawniejszemi badaniami niektórych autorów przemawiają również na niekorzyść znieczulania zapomocą wlewania śródotrzewnowego.

Grupa II.

W drugiej serji doświadczeń, obejmującej doświadczenie Nr. 2, 5, 6, 14, 7, zadaniem naszem było ustalenie jadowitości pantokainy, względnie nowokainy, przy wstrzykiwaniu pomiędzy blaszki krezek analogicznem do znieczulania stosowanego w klinice oraz porównania tejże z cyframi osiągniętemi przy wlewaniu względnie przy blokadzie pni nerwów trzewnych. Jak wynika z tych doświadczeń, których technikę opisano wyżej, wprowadzenie nawet 250 cm³ 1‰ pantokainy (bez adrenaliny) przeszło bez jakiegokolwiek wpływu ujemnego na oddech lub ciśnienie krwi; odpowiada to w doświadczeniu Nr. 5 ilości 0.012 na kg wagi. Jest to maksymalna ilość płynu, którą wogóle można nawet u wielkiego psa wstrzyknąć w tkankę międzyblaszkową krezek, względnie zaotrzewnową, przyczem niezawsze łatwo uniknąć jest wylewania się płynu do wolnej jamy otrzewnowej przez poprzednie ukłucia lub szczeliny. W doświadczeniu Nr. 2 wynosiła ilość wstrzykniętą 130 cm³ 1‰ płynu, co odpowiada 0.01 g na kg wagi; nadto pod koniec doświadczenia wlano jeszcze 50 cm³ 1‰ roztworu pantokainy do wolnej jamy otrzewnej, co pozostało również bez ujemnego wpływu, wskutek, jak można przypuszczać, utrudnionego przez napojenie tkanki międzyblaszkowej wsysania. W doświadczeniu Nr. 6 ilość płynu wprowadzonego w tkankę międzyblaszkową krezek wynosiła 200 cm³ 1‰ pantokainy, t. j. 0.016 na kg wagi bez efektu ujemnego. W tem ostatniem doświadczeniu podobnie jak i w poprzedniem płyn wprowadzany zawierał dodatek adrenaliny w ilości 0.5 cm³ 1% na całą dawkę. W jednem jak i w drugiem doświadczeniu (zwłaszcza w Dośw. Nr. 2) zaznacza się wyraźny wpływ na wzrost ciśnienia krwi, które osiąga swe maksymum po upływie około 8 minut (dośw. Nr. 2), wzniesienie

u psa 10 kg wagi nie wystarczyła do zabicia zwierzęcia, jakkolwiek po pierwszych wstrzyknięciach 20 cm³ płynu zaznacza się dość znaczny spadek ciśnienia i to najznaczniejszy po wstrzyknięciu w podstawę krezki. Dopiero dalsze 40 cm³ — łącznie 200 cm³ — 1% roztworu bez adrenaliny wywołało porażenie oddechania i śmierć zwierzęcia. W doświadczeniu Nr. 12 wprowadzenie 60 cm³ 1% roztworu nowokainy pozostało bez szkodliwego efektu poza nieznacznemi przejściowemi obniżkami ciśnienia krwi.

Grupa III.

Wreszcie w trzeciej grupie doświadczeń obejmującej doświadczenia Nr. 15, 8, 9, 10, 11 i 13 badaliśmy wpływ blokady nerwów trzewnych od strony grzbietowej. W doświadczeniu 15 wprowadzenie 40 cm³ 1‰ pantokainy wywołało śmierć (odpowiada 0.0044 na kg). W doświadczeniu 8 dawka 60 cm³ 1% nowokainy a więc 0.075 na kg była śmiertelną podobnie jak w doświadczeniu 9 mimo dodatku adrenaliny, który wywołał początkową zwyżkę ciśnienia (0.095 na kg). W doświadczeniu 10 zwierzę zginęło już po wprowadzeniu 30 cm³ 1% nowokainy (0.04 g na kg), a 11 nawet po 20 cm³ tegoż roztworu (0.028 g na kg). W doświadczeniu 11 wyraźnie zaznacza się początkowy wpływ adrenaliny, poczem rozpoczyna się równomierny spadek ciśnienia aż do okresu końcowego, w którym następuje porażenie oddechania.

W wytłumaczeniu stosunkowo tak wielkiej jadowitości nowokainy przy blokadzie nerwów trzewnych drogą grzbietową w doświadczeniu, przewyższającej nawet jadowitości przy podaniu śródżylnem według cyfr B r a u n a (dla kota 0.15 na kg jeszcze nie śmiertelne!) oraz pantokainy wchodzą w rachubę następujące możliwości.

1) Działanie toksyczne ogólne ułatwione przyśpieszonem wessaniem z okolicy kręgosłupa względnie nieumyślnem wprowadzeniem płynu do jamy opłucnej lub do światła żyły; wniknięcie końcem igły z boku do worka oponowego jest w tem miejscu u psa, jak mogliśmy się przekonać, niemożliwe.

2) Wpływ na ciśnienie krwi wskutek działania porażennego na wielki obszar trzewi brzusznych.

3) Pośrednie działanie na nadnercza wskutek blokady nerwów trzewnych, jako nerwów odżywczych i wydzielniczych nadnerczy.

ad 1) Według badań M u r o y'a (D. Z. f. Chir. 122) injekcje w pobliżu kręgosłupa przedstawiają szczególne niebezpieczeństwo zatrucia; w naszych doświadczeniach mogliśmy każdorazowo wykluczyć wprowadzenie płynu do opłucnej żył lub worka oponowego stwierdzając położenie końca igły.

ad 2) Według badań L u d w i g a i C y o n a (1866) powoduje przecięcie nerwów trzewnych wielki spadek ciśnienia krwi spowodu przepełnienia naczyń trzewnych krwią. Większość autorów tłumaczy na tej podstawie spadki ciśnienia widywane przy znieczuleniu nerwów trzewnych, niektórzy jednak uważają je poprostu za wynik mniej lub więcej silnego zatrucia ogólnego; przemawiają przeciw temu obserwacje M e t g e g o, który widział po

znieczuleniu sposobem Kappisa w 75% przypadków wielkie zniżki ciśnienia w 9% połączone z zapaścią i tętnem nie do wyczucia, ale tylko tam, gdzie znieczulenie było zupełnie udane. Nasze spostrzeżenia są z tem zgodne. Schilf i Ziegner (Arch. f. klin. Chir. 130) stwierdzili, że przyczyną zniżki ciśnienia krwi przy znieczuleniu rdzeniowem jest działanie na rdzeniowe włókna współczulne w odcinkach odpowiadających nerwom trzewnym, co równa się przy wysokiem znieczuleniu porażeniu tychże nerwów; sądzą oni, że zupełna blokada nerwów trzewnych musi wywołać mniej lub więcej ciężkie objawy, a jeżeli dzieje się tak zawsze, to spowodu tego, iż niecały nerw trzewny większy i mniejszy zostaje zazwyczaj zblokowany. Występowanie śmiertelnego obniżenia krwi w naszych doświadczeniach nawet przy małej dawce nowokainy świadczy nietyle za wpływem działania toksycznego ogólnego, ile za następstwem zupełnego zniesienia przewodnictwa nerwów trzewnych.

Ad 3) Doświadczenia Pendego, Antognetti'ego, Watermann-Smita wykazały, że nerw trzewny jest nerwem odżywczym i wydzielniczym dla nadnerczy, gdyż przecięcie go powoduje hipoadrenalinemję, a drażnienie elektryczne końca obwodowego przeciętego nerwu wyrzucanie zwiększonych ilości adrenaliny do krwiobiegu, co udowodniono zapomocą bardzo czułych metod biologicznych; doświadczenia te, oraz oparte na nich próby leczenia choroby Buergera zapomocą przecinania nerwów trzewnych w miejsce usuwania jednego nadnercza podjęte przez Durante'a z dobrym skutkiem naprowadziły nas na myśl, że i przy blokadzie nerwów trzewnych środkiem znieczulającym może grać rolę prócz porażenia nerwów naczynio-ruchowych trzewi brzusznych także ogólne działanie hipotensyjne za pośrednictwem upośledzenia czynności nadnerczy niewątpliwie z układem współczulnym brzusznym ściśle związanej. Ciekawe są w związku z tem spostrzeżenia Ciminaty, że po znieczuleniu nerwów trzewnych u zwierzęcia nie można wywołać cukromoczu przez ukłucie Claude Bernarda a hiperglikemja wywołana usunięciem trzustki spada po przecięciu nerwów trzewnych do normy. Zdarzał się też w tym duchu fakt, że Metge i i. w czasie największych zniżek ciśnienia krwi po udanem znieczuleniu nie widzieli wyraźniejszego napełnienia naczyń krezkowych; równoczesne rozszerzenie koryta naczyniowego na obwodzie wskutek hipoadrenalinemji może być tego przyczyną.

Wydaje nam się prawdopodobnem, że w powstaniu niezwykle silnego działania toksycznego nowokainy przy blokadzie nerwów trzewnych w doświadczeniu mają znaczenie wszystkie trzy przyczyny, t. j. zatrucie ogólne przez wessanie, porażenie naczyń krezkowych oraz obniżenie czynności nadnercza. Że u człowieka nie przychodzi przy poprawnej technice do zatruć ciężkich zbyt często, jak wynika z naszego materjału, należy tłumaczyć to stosunkowo małą dawką (40 cm³ 1% nowokainy a więc na kg około 0.005 g) względnie mniejszą wrażliwością układu współczulnego brzusznego. Paradoksalny napozór fakt, że dawki śmiertelne przy blokadzie nerwów trzewnych w doświadczeniu naszem okazały się mniejsze od obliczonych przez innych autorów dawek śródżylnych, tłumaczymy tem, że zwierzęta znajdowały się w uśpieniu weronalowem, które samo przez się obniża już ciśnienie krwi wskutek rozszerzenia naczyń brzusznych; moc jednak porównawcza doświadczeń nie traci przez to na znaczeniu.

Reasumując wyniki naszych doświadczeń stwierdzamy, że najmniejszy wpływ szkodliwy spostrzegaliśmy przy wstrzykiwaniu śródkrezkowem; zwierzęta znosiły bardzo wielkie ilości płynów znieczulających bez wpływu na ciśnienie i oddech, przyczem najkorzystniej pod tym względem przedstawia się pantokaina. Dawki te są olbrzymie w porównaniu z dawką realną potrzebną do znieczulania pojedyńczych trzewi u człowieka tak, że działanie toksyczne tej ostatniej przy operacjach można uważać prawie za nieistniejące. Nadto przeciwdziała mu dodatek adrenaliny. Unikać należy wstrzykiwania zaotrzewnego w okolicę nadnercza.

Doświadczenia z wlewaniem płynów znieczulających, zarówno pantokainy, jak i nowokainy, wykazały stosunkowo znaczną jadowitość wskutek szybkiego wessania.

Najmniejsze dawki śmiertelne stwierdziliśmy przy wprowadzaniu płynu znieczulającego, analogicznem do znieczulania Roussiele'a.

Wychodząc z założenia, że, w myśl nowoczesnych zapatrywań na sprawę wyboru sposobu znieczulenia, pierwszeństwo winien zachować ten sposób, który przedstawia maksymum korzyści a minimum szkodliwości dla ustroju chorego i że o wyniku ostatecznym leczenia chirurgicznego decyduje suma wszystkich szkodliwych czynników, która musi być jaknajmniejsza, musimy na podstawie powyższych doświadczeń określić znieczulenie krezkowe jako dla chorego najkorzystniejsze. Nasze dotychczasowe wyniki kliniczne potwierdzają to w całej pełni.

Prym. Dr. Zdzisław TOMANEK. Lwów.

Uwagi do tematu: Gruźlica, konstytucja a psychosomatologja.

Metodyka badań bezpośrednich, a to spostrzeżeń osobowości, zapoczątkowana u nas przez H. Sochańskiego (1), wielkiego wskrzesiciela medycyny spostrzegawczej, rzuca wiele nowego światła na pojęcie istoty zaburzeń somatycznych, spotykanych we fizjopatologii. Po myśli tego nowego kierunku podąża w czasach ostatnich także L. Krehl (2), który wypowiedział znamienne zdanie, że niema człowieka, lecz są natomiast tylko pojedyńcze osobowości. Tem samem podkreślił on zasady osobniczej różnopostaciowości, a więc indywidualności, które stanowią podstawę nauki o konstytucji człowieka. Z badań J. Majera (3) wiemy, że składa się ona z dwóch elementów, któremi są „utwór“ i „usił“ w terminologji autora. Od czasów Kretschmera (4) oba elementy zostały ściślej określone i znane są pod nazwą soma i psyche. W tych warunkach nauka o konstytucji weszła na nowe tory, wyczerpując przedmiot spostrzeżeń jako całość. Za zdobycz poważną w tym zakresie należy uważać typy konstytucjonalne H. Sochańskiego (5) ujęte ze stanowiska inkretologji. Bowiem właśnie te typy rozwiązują znaczenie współudziału psychiki w pojęciu konstytucji tem dowodniej, że wpływ szeregu gruczołów wkrewnych na psychikę, względnie współistnienie nieprzypadkowe zaburzeń inkretologicznych ze zmianami w psychice, podpada łatwiej pod spostrzeżenia, aniżeli wpływy ze strony innych przyczyn somatogennych, bez wątpienia istniejących, lecz jeszcze niedostatecznie i nie wszędzie spostrzeganych. I tak np. *hyperthyreosis* wcale nieprzypadkowo schodzi się z obrazem psychiki podatnej, podnieconej i zmiennej, dającej się tak łatwo spostrzegać przy chorobie tylko jednego narządu. Również inne choroby zdolne są prowadzić do zmian w psychice, z tych zaś szczególną uwagę zwrócono na gruźlicę, niewątpliwie z tych powodów, że odnośne odchylenia w psychice dają się spostrzegać tutaj łatwiej, aniżeli w innych stanach chorobowych. Pojęcie konstytucji schodzi się więc z pojęciem syntezy dwóch wielkich elementów energetycznych, a to energji materjalnej i duchowej.

Poruszone zagadnienie staje się ważnem, zwłaszcza w ocenie predyspozycji pewnych typów konstytucjonalnych do pewnych chorób, co, jak wynika z prac Sochańskiego, daje się spostrzegać przy dokładnem badaniu. Nasuwa się wszakże pytanie, czy owa predyspozycja konstytucjonalna może być również szerzej pojęta, czyli inaczej, jaki byłby stosunek poszczególnych typów konstytucjonalnych do jednej i tej samej choroby. Do chorób, które z tego punktu widzenia stały się przedmiotem szczególniejszego zainteresowania, należy gruźlica. Ftizjologja tem chętniej zajęła się tem zagadnieniem, im bardziej trudne stały się postępy w jej rozwoju na drodze badań, że tak powiem, utorowanych.

I tak zwrócono uwagę na częstość występowania gruźlicy w poszczególnych typach konstytucjonalnych. Ickert (6) stwierdził na materjale 602 przypadków gruźlicy, że u pikników gruźlica występuje częściej we wieku dziecięcym, natomiast we wieku dojrzałym jest u nich rzadszą. Typy leptosomów zdają się, według niego, być więcej predysponowanemi, aniżeli inne, co stwierdził na materjale zgonów na gruźlicę, które w 75% przypadków dotyczyły typu leptosomów. Tego samego zdania jest również Ulrici (7). Za typy najbardziej odporne wobec gruźlicy uważają Ulrici oraz Ickert pikników o umięśnieniu dobrze rozwiniętem. Neuer i Feldweg (8) spotykali w materjale 230 przypadków sanatoryjnych gruźlicy znacznie częściej typ asteniczny, aniżeli steniczny. Również Stefko W. H. (9) stwierdził na materjale 601 zwłok przewagę występowania gruźlicy u asteników. Jednak wyniki tych badań, pozornie przemawiających za predyspozycją asteników do gruźlicy, nie zgadzają się ze spostrzeżeniami klinicznemi, które wskazują, że np. u żydów gruźlica płuc jest chorobą rzadziej spotykaną i w postaciach lżejszych, aniżeli u innych (10). Niewątpliwie owe rozważania wchodzą w obręb szerokiego zagadnienia rasy. I tak np. Haltrecht i Guttman (11) stwierdzili u żydów stosunkowo mały odsetek gruźlicy, przyczem podnoszą, że typ asteniczny u żydów jest bardzo rozpowszechniony. Tego samego dowodzą spostrzeżenia autora (12), przyczem autor podkreślił tutaj możliwość znaczenia psychiki, zresztą tak bardzo różnej u obu ras, a która przecież stanowi również ważną część konstytucji z punktu widzenia psychosomatologji.

Jak widać, ocena różnorodnych spostrzeżeń w temacie konstytucji a gruźlicy nie jest łatwą, dlatego też wymaga analizy w swojem założeniu na trzy zagadnienia, a to czy istnieje konstytucja wolna od zakażenia gruźliczego, konstytucja a postać gruźlicy, wreszcie konstytucja a przebieg gruźlicy.

W odpowiedzi na pytanie pierwsze wiele światła rzucają badania nad występowaniem gruźlicy u różnych ras. Wynika z nich, że niema rasy ludzkiej, wolnej od zakażenia gruźliczego, względnie na gruźlicę odporną. Zatem spotyka się to zjawisko tak u ras o cywilizacji starej, jakoteż u ras prymitywnych. Odczyny tuberkulinowe wykonywane systematycznie u dzieci w różnym wieku oraz u dorosłych również dowodzą, że zakażenie gruźlicze jest nietylko bardzo rozpowszechnione, lecz praktycznie prawie każdy człowiek nosi ślady przebytego zakażenia, a więc prawie każdy typ konstytucjonalny daje się zakazić gruźlicą.

Natomiast o wiele trudniejszem staje się zagadnienie postaci gruźlicy a konstytucji. Neumann W. (13), charakteryzując w tym względzie gruźlicę asteników, czyli osobników podobnych do typu oddechowego Sigauda i schizoidów Kretschmera dochodzi do wniosku, że w tych typach spostrzega się stany zapalne błon surowiczych, gruźlicę włóknistą lecz także i jej postacie rozpadowe z jamami. Natomiast u dzieci tegoż typu spotykał wysiewy krwiopochodne. Tymczasem spostrzeżenia Rudzkiego S. (14) nad gruźlicą otyłych wskazują, że gruźlica w tych razach często okazuje skłonność do rozpadu, czyli inaczej, gruźlicę rozpadową spotkać można zarówno w typach otyłych jak i u asteników. Z zestawień statystycznych oraz ze spostrzeżeń klinicznych wiemy, że gruźlica krwiopochodna zgeneralizowana oraz gruczołowa bywa spotykana częściej u dzieci aniżeli u osobników starszych. A przecież w obu wypadkach zachodzą różnice konstytucjonalne, czyli inaczej konstytucja dziecka jest odmienną od konstytucji dorosłych. Pomimo tego tu i tam może wystąpić jedna i ta sama postać gruźlicy, np. gruźlica prosówkowa lub gruczołowa u dorosłych, a więc forma gruźlicy bardziej charakterystyczna dla wieku dziecięcego. Postać gruźlicy nie musi więc zależeć od konstytucji, toteż brak nam dzisiaj dowodu istnienia jakiejkolwiek zależności postaci chorobowej gruźlicy od konstytucji. Toteż niejednokrotnie można spostrzegać przypadki gruźlicy np. u asteników, o postaci zupełnie różnej, pomimo obecności pozornie jednego i tego samego typu konstytucjonalnego. To samo można powiedzieć o typach otyłych, gdzie postać gruźlicy również może być różna.

Inne zagadnienie stanowi przebieg gruźlicy a konstytucja. Wiemy bowiem, że jedna i ta sama postać gruźlicy, lub lepiej jej postacie zupełnie do siebie podobne, mogą mieć przebieg u rozmaitych osobników bardzo różny, a co ważniejsze, nawet u osobników, dających się zaliczyć do tego samego typu. I tak np. procesy serowate, rozpadowe mogą u osobników typów zbliżonych lub tych samych nabierać zwolna charakteru włóknistego, z ograniczeniem postępu zmian, zaś w innych razach w obrębie tych samych typów mogą się one rozszerzać i posuwać w sposób zupełnie dowolny. To samo można spostrzegać przy naciekach wczesnych oraz w niektórych jamach, które samorzutnie mogą się zabliźniać i goić, a więc przebiegać w sposób nieoczekiwany u osobników napozór z tego samego typu. Ickert i Sochański H. (15) podnoszą pod tym względem znaczenie układu wegetatywnego oraz gruczołów wkrewnych, inni zaś wskazują na dużą rolę układu wegetatywnego jak Bergmann (16), a dalej Guth (17), Kallos (18), Redeker (19), Sterling S. (20) i Stukalo-Rożański (21). Autor (22) opierając się na spostrzeżeniach psychiki w gruźlicy, przypuszcza, że może ona wywierać pewien wpływ na przebieg gruźlicy. Zresztą to zapatrywanie ma za sobą część zwolenników, zwłaszcza wśród lekarzy medycyny dawniejszej. Również popierają je spostrzeżenia autora, że u osobników z psychiką bierną często można spostrzegać cięższy przebieg gruźlicy, podczas gdy np. u żydów z psychiką wybitnie reaktywną przebieg gruźlicy bywa najczęściej powolny i skłonny do procesów włóknistych i bliznowatych. A przecież w obu wypadkach spotykał autor osobników dających się zaliczyć do typu raczej astenicznego.

Wynika stąd, że, o ile przebieg gruźlicy mógłby zależeć od typu konstytucjonalnego, to w takim razie w obrębie tego samego typu należy wyróżnić jeszcze szereg podgrup. Postępując tedy po myśli Krehla L. wypada powiedzieć, że niema typów konstytucjonalnych, lecz są tylko pojedyncze osobowości.

W takim wypadku nie byłoby postaci gruźlicy, natomiast byliby tylko osobnicy chorzy na gruźlicę w stopniu zależnym od swojej, indywidualnej osobowości.

Kretschmer posługując się w ocenie typów szeregiem wymiarów, a więc wielkością ciała, wagą, objętością klatki piersiowej, brzucha, bioder, kończyn, czaszki, a wreszcie wymiarami szerokości miednicy, barku, szczęki i kości jarzmowej ustalił metrogram typów. Te pomiary dostarczają dowodu, że w obrębie osobników sklasyfikowanych do jednej grupy zachodzi jeszcze bardzo wiele różnic, które w połączeniu z rozmaitością typów psychicznych mogą być uważane jeszcze za zbiór pojedyńczych osobowości. Łatwo jest bowiem pojąć, że astenik nie musi być równowartościowym pod względem psychosomatycznym z innymi astenikami, dla tej samej choćby zasady, dla której atleta nie musi być równym atlecie. Toteż w obrębie wielkiej grupy asteników można wyróżnić szereg osobowości astenicznych, w tem szereg, że tak powiem, astenoidów, zaś w obrębie typów mięśniowych również szereg osobowości atletycznych, a śladem tychże osobowości piknicznych. Jest jasnem, że siła mięśniowa np. typów atletycznych jest różną i bardzo rozmaitą. Wiemy to bowiem z doświadczenia, że siła atletów, dających się zaliczyć do typu atletycznego, niejednokrotnie znacznie się różni, podobnie też i inne ich cechy somatyczne, a to wzrost, budowa ciała w ogólności, oraz budowa mięśni. Jeżeli chodzi o cechy psychiczne, wiemy również z doświadczenia, że w obrębie każdego z typów istnieją taksamo różnice widoczne już w wyrazie twarzy a dotyczące usposobienia, upodobań, trybu życia czyli cech określających charakter. Jeszcze wyraźniej można to spostrzegać w jakimkolwiek typie, w odniesieniu do różnic pochodzenia rasowego. Tak bowiem jak wogóle różnią się między sobą rasy, taksamo widać to również w obrębie ich typów. Spostrzegać to można dokładnie zestawiając np. astenika pochodzenia aryjskiego z typem niearyjskim. Z tego powodu w miarę postępu badań klinicznych, zaczęto wyróżniać czem raz więcej typów konstytucjonalnych. Należą tu np. typy, które opisał Sigaud, a później Coerper. U nas Sochański H. (5) ująwszy je ze stanowiska inkretologicznego, rozszerzył znacznie ich podział, dzieląc je na cały szereg grup. Śladem tychże badań postąpili Liebhart (23) a dalej Mączewski (24) w zakresie badań nad konstytucją kobiety. Owe badania dowodzą, że studjum o konstytucji postępuje stale naprzód, a ilość typów wyosabnianych czem raz bardziej wzrasta. Tymczasem ze spostrzeżeń życia codziennego czem raz bardziej widać, że każdy człowiek, to typ dla siebie odrębny. Wiele o tem może powiedzieć już samo studjum psychologji różnych ras, lub też osobników różnego pochodzenia rasowego. Przecież owe różnice dają się spostrzegać w stopniu i rodzaju kultury u różnych społeczeństw, które nieraz tak bardzo są odmienne, a czasami nawet do siebie zgoła niepodobne. Również pod względem somatycznym owe różnice dadzą się śledzić. Do tych można zaliczyć np. barwę skóry, włosów, wzrost i wogóle budowę ciała. Wówczas pojęcie konstytucji człowieka staje się względnem w znaczeniu dotychczasowem, czyli w pojęciu zamkniętej liczby typów, stając się nietylko liczbowo wielkiem, czyli ilościowo, lecz także zamienionem na pojedyńcze osobowości, a więc w myśl zasady Krehla poruszonej wyżej.

Wówczas nasuwa się pytanie bardzo ważne z punktu widzenia psychosomatologji, na czem polega różnica wśród owych osobowości, czyli inaczej, na podstawie jakiego kryterjum możnaby je odróżniać. Bowiem tylko wtedy możnaby to uczynić, gdyby osobowość dała się wymierzyć. To zagadnienie wymaga zatem bliższego określenia osobowości, która pod tym względem może być uważaną za równoznaczną z typem konstytucjonalnym. Wiemy zaś z badań Majera J., że należy go uważać za dwuskładowy czyli złożony z dwóch elementów, które odpowiadają współczesnemu pojęciu soma i psyche albo też energji materjalnej i duchowej. W ten sposób ujęta konstytucja człowieka wyraża wspólną energję życiową psychosomatyczną, przejawiającą się z jednej strony w biologicznych procesach cielesnych, z drugiej zaś w procesach myślowych. Typy konstytucjonalne Majera, Kretschmera i Sochańskiego wskazują na harmonję psychosomatyczną w tem znaczeniu, że wolno dzisiaj uważać, że pewnym typom somatycznym odpowiadają pewne cechy względnie typy psychiczne. Jeżeli tedy osobniczy charakter mógł stanowić dotychczas tylko określenie własności duchowych danego osobnika, o tyle znowu w znaczeniu psychosomatycznej harmonji może określać równocześnie także i własności cielesne. W takim wypadku charakter, jako właściwość typu, byłby określeniem złożonem albo wypadkowem. Wówczas możnaby mówić o charakterze psychosomatycznym, jako o sposobie określania typu, czyli inaczej charakter psychosomatyczny byłby funkcją typu lub lepiej osobowości.

Rozważania powyższe prowadzą do analitycznego zróżnicowania osobowości z punktu widzenia psychosomatologji zapomocą określania charakteru psychosomatycznego. Jednak to zagadnienie wymaga przynajmniej przybliżonej definicji charakteru tak pojętego, a można próbować ją uzyskać na drodze klinicznych spostrzeżeń. Mam tutaj na myśli sposób oddziaływania niektórych podniet psychicznych, wyzwalających

afekty, na pewne procesy biologiczne, które w takich warunkach mogą ulegać różnym zmianom, zależnie od rodzaju podniety, afektu, jego natężenia i czasu działania. Spostrzeżeniem, najbardziej prymitywnem z tego zakresu jest stwierdzenie np. wahań w ilości lub jakości tętna pod wpływem podniety lękowej (25). Śledzenie zjawisk podobnych, bądź też bardziej skomplikowanych, jak np. procesy przemiany materji, dowodzących istnienia ścisłej korelacji psychosomatycznej przynajmniej w kierunku psychopochodnym względnie somatopetalnym, mogłoby dopomóc do określenia charakteru psychosomatycznego badanej osobowości. Przytem również ważnem jest zjawisko, jakie w podobnych warunkach także spostrzegać można, a które daje się określić jako zjawisko hamowania odczynu psychosomatycznego. Ten wypadek zajść może wtedy, jeżeli przed doświadczeniem przygotujemy badanego do mającej zadziałać podniety psychicznej. Wówczas przebieg odczynu może się zmienić, niewątpliwie pod wpływem nastawienia woli badanego.

P r z y k ł a d: Jeżeli pod wpływem określonej podniety lękowej tętno z 70 uderzeń na minutę podniesie się do 80, wówczas współczynnik $\alpha_1 = \frac{8}{7}$ zaś równowaga $R_1 = \frac{1}{\alpha_1} = 0.875$. Powtarzając to doświadczenie po uprzedniem przygotowaniu badanego na tę samą podniete lękową, otrzymujemy przy drugim pomiarze tętna np. tylko 75 uderzeń na minutę. Wtedy $\alpha_2 = \frac{75}{70}$, zaś stan nowej równowagi $R_2 = \frac{1}{\alpha_2} = 0.933$. Przyjmując, że stosunek $\frac{R_1}{R_2} = 1$ wtedy, gdy oba doświadczenia wypadną identycznie, czyli w wypadku równowagi pomiędzy wytworzonym afektem a jego zahamowaniem, w tym przykładzie $\frac{R_1}{R_2} = 0.93$. Ten iloraz określa zatem liczbowo wartość siły duchowej hamującej afekt lęku. Jako taki może więc odpowiadać wielkości woli, lecz tylko przeciwlękowej.

Być może, że badania podobne do przedstawionych, mogłyby rzucić pewne światło na niektóre zagadnienia biologiczne w drodze częściowego i przybliżonego oznaczania woli osobowości, a tem samem dopomóc do bliższego określania charakteru psychosomatycznego.

Czy zróżnicowanie osobowości na podstawie badań ich cech mogłyby uzupełnić dotychczasowe spostrzeżenia i poglądy w nauce konstytucji i czy mogłyby na tej drodze odpowiedzieć na niektóre trudniejsze zagadnienia, a w tem zwłaszcza na zagadnienie stosunku gruźlicy do konstytucji, a raczej osobowości, wymaga to systematycznych badań. To jedno tylko można dzisiaj powiedzieć, że czem raz bardziej zbliżamy się w nauce do zracjonalizowania naszych poglądów na istotę procesów fizjopatologicznych w myśl zasad nowej wielkiej medycyny spostrzegawczej, ujętej z punktu widzenia psychosomatologji a głoszącej, iż n i e m o n i z m, l e c z d u a l i z m e n e r g e t y c z n y c e c h u j e i s t o t ę ż y w ą.

Piśmiennictwo:

1) Szereg prac w Pol. Gaz. Lek. 1921—1932. — 2) Krankheit u. Persönlichkeit 1929. — 3) G i e s z k o w s k i, Kraków 1888. — 4) Körperbau u. Charakter. — 5) Pol. Gaz. Lek. 47, 48, 1927. — 6) Beitr. Klin. Tbk. 72, 1929; Deut. Med. Woch. 1929, 1874—1876. — 7) Deut. Med. Woch. LVIII. 51, 1932; Med. Klin. 46, 1932. — 8) Z. Konstit. Lehre 13, 1927. — 9) Według K. D i e h l a w Erg. d. ges. Tbkforschung T. III. — 10) Według C a l m e t t e: L'infection bacillaire Paryż, 1929. — 11) Beitr. Klin. Tbk. 62, 1926. — 12) Pol. Gaz. Lek. 10, 1929; Gruźlica 5, 1930. — 13) Wien. Klin. Woch. XLIII. 2, 1930. — 14) Warsz. Czas. Lek. 21, 22, 1930. — 15) Pol. Gaz. Lek. 39, 40, 1922. — 16) Med. Klin. 24, 1928. — 17) Beitr. Klin. Tbk. 53, 1922, 54, 1923 i 55, 1923. — 18) Z. Konstitlehre 15, 1929. — 19) Beitr. Klin. Tbk. 70, 1928. — 20) Rev. belge tbc. 8, 1927; Pol. Arch. Med. Wewn. T. 4, z. 3. — 21) Według D i e h l a K. w Erg. d. Tbk. III. — 22) Gruźlica 1, 1933. — 23) Pol. Gaz. Lek. 49, 1932. — 24) Pos. Lwow. Tow. Lek. marzec 1933. — 25) Pol. Gaz. Lek. 6, 11, 14, 1933.

Dr. A. MESTER. Kraków.

Badania hematologiczne w schorzeniach reumatycznych.

(Na podstawie 362 przypadków a 4.090 badań).

Z I-szej Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. T. T e m p k a.

Różnorodność schorzeń reumatycznych tak co do ich umiejscowienia w zakresie stawów, mięśni, powięzi i t. d. — jak i co do tła, stawia rozpoznanie, rokowanie i leczenie w szczególnie trudne warunki. Rozpoznanie z jaką formą reumatyzmu stawowego mamy do czynienia należy do trudnych; szereg danych klinicznych podałem na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwreumatycznym w Paryżu w roku 1932. Wspomniałem wtedy, że po danych klinicznych wchodzą w rachubę dane pomocnicze, jak badanie krwi, rentgenologiczne i inne. Na tem miejscu omówię dane hematologiczne na podstawie 362 przypadków, — wykonano odczynu Biernackiego (o. B.) 760, hemoglobiny i ciałek czerwonych 270, leukocytoz 1.530 i obrazu krwi według Arnetha-Schillinga również 1.530. Liczono odsetkowe wartości najmniej na 200, czasami na 500 ciałek.

O. B. jest typowym odczynem nieswoistym, mimo to w chorobach reumatycznych ma duże znaczenie w rozpoznaniu, rokowaniu i postępowaniu leczniczem, a nawet w etjo-patogenezie. Rozpoznawczo pozwala na rozgraniczenie dwóch wielkich działów — stanów zapalnych od zwyrodnieniowych. Zbytecznem jest podnosić wagę ustalenia, czy zmiany są zapalne, czy też zwyrodnieniowe — co zasadniczo wpływa na rokowanie i leczenie. O. B. pozwala też na określenie dynamiki procesu zapalnego i określenie natężenia stanu zapalnego. Możność przedmiotowego stwierdzenia, czy leczenie jest skuteczne, czy wogóle następuje poprawa i w jakiem tempie, jest tą prostą próbą łatwo osiągalna. Zadanie jednak nasze polegało na tem, by otrzymać odpowiedź na następujące pytanie: czy na podstawie o. B. można wnosić o etjologji danego zapalenia stawów. Jak na wstępie zaznaczyłem, nieswoistość tego objawu zdawalaby się dawać odpowiedź ujemną. Jednak badania nasze pozwoliły na wysnucie następujących wniosków: o. B. jest w zapaleniach stawów tak ostrych jak i przewlekłych (po wykluczeniu innych czynników, mogących wpływać na szybkość opadania krwinek) niezależny od tła, gdyż szybkie opadania wykazują tak ostry gościec stawowy, przewlekły gościec stawowy pierwotny i wtórny, jak i reumatoidy ostre i przewlekłe wiewiórowe, kiłowe i gruźlicze. Jednak gruźlicze zapalenie stawów nie daje tak wysokich wartości jak inne (pomimo współistniejącej przyczyny w postaci sprawy swoistej w płucach lub gdzieindziej). Cyfry notowane przez nas w ostrych i przewlekłych gośćcowych zapaleniach stawów, jakoteż zapaleniach wiewiórowych i kiłowych dochodzą do najwyższych wogóle spostrzeganych (posocznica), wynosząc przeszło 100 mm, a nawet 132 mm w pierwszej godzinie (metoda W e s t e r g r e n a). Natomiast w gruźliczych zapaleniach stawów cyfry wynoszą 20 do 40 mm, rzadko przekraczając 50 mm/godz. Ma to częściowo swoje uzasadnienie w tem, że gruźlicze zapalenie stawów spotykamy zwykle przy równoczesnej gruźlicy płuc o charakterze włóknistym i że gruźlicze zapalenie stawów należy do form gruźlicy osłabionej.

W dnie bywa o. B. przyśpieszony, lecz też nie dochodzi do tak wysokich wartości jak w gośćcowych zapaleniach stawów — nawet w czasie ostrego ataku. Neuralgja, zapalenie nerwu kulszowego, bóle mięśniowe, postrzał, nie dają przyśpieszenia odczynu Biernackiego. Jednakowoż zgodnie z zapodaniami A. F i s c h e r a mieliśmy sposobność spostrzegania czystej rwy kulszowej, jakoteż i myalgji z nieco przyśpieszonym o. B. — wartości dochodzą do 2-krotnie większych od górnej granicy prawidłowej. Znaczniejsze przyśpieszenie o. B. przy równoczesnem cierpieniu nerwu kulszowego każe myśleć raczej o objawowem schorzeniu tego nerwu, za którem kryje się inne poważne tło (rak, i t. d.). W schorzeniach kręgosłupowych zwykle mamy do czynienia z postaciami mieszanemi — zwyrodnieniem i zapaleniem tak, że rzadko napotykamy prawidłowy o. B. W przypadkach czystego zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa spotykamy wartości wysokie 80—100 mm/godz. Jeden z takich przypadków, dotyczący 30-letniej kobiety, pozostający od 2 lat w mem spostrzeganiu, często kontrolowany, wykazuje stale przyśpieszenie o. B., wahające się między 60—80 mm/godz. W chorobie S t i l l a-C h a u f f a r d a, w ostrym okresie jest znaczne przyśpieszenie o. B. — w okresach zwolnienia o. B. jest prawidłowy. Stosunek o. B. do innych danych hematologicznych przedstawia się następująco: zmniejszenie ilości krwinek czerwonych wpływa na przyśpieszenie opadania. Również mogliśmy stwierdzić u pewnych osobników równoległość między szybkością opadania krwi-

nek a ilością ciałek białych i zmianami w obrazie krwi — tak, że przyśpieszeniu o. B. towarzyszy zwiększona leukocytoza i przesunięcie obrazu krwi na lewo, i naodwrót. Wysokie wartości o. B. pozwalają na przypuszczenie, iż gościec stawowy tak ostry, jak też i przewlekły pierwotny i wtórny są chorobami, będącemi następstwem zakażenia. W czystych chorobach alergicznych jak pokrzywka, dychawica oskrzelowa, gorączka sienna, stany hipereozynofilji konstytucjonalnej dochodzącej do 30% eozynofilów (w ogólnej ilości c. b. wahającej się między 8.000 a 11.000) stale odczyn Biernackiego bywał prawidłowy. *Prawidłowy o. B. w chorobach alergicznych, silne przyśpieszenie w gośćcu stawowym daje nam pewne wskazówki etjo-patogenetyczne, że mamy do czynienia z chorobą powstałą wskutek zakażenia u osobnika z podłożem, względnie odczynem alergicznym.*

Ilość Hb. w ostrym gośćcu stawowym, i w ostrem zapaleniu stawów wiewiórowem, jest zazwyczaj po kilkunastodniowem trwaniu choroby obniżona, jednak rzadko poniżej 70%. W przewlekłym postępującym pierwotnym gośćcu stawowym jest również obniżenie Hb niewielkiego stopnia i to w 50% przypadków. Ciałka czerwone w ostrym gośćcu stawowym wykazują obniżenie zależnie od nasilenia i długotrwałości gorączki. Dzięki leczeniu dużemi dawkami salicylanu sodu gorączka trwa zaledwie kilka dni, niedokrwistość rzadko osiągała cyfry poniżej 4 milj. u mężczyzn a 3½ milj. u kobiet i to w 30% przypadków. We wtórnym przewlekłym reumatyźmie stawowym niedokrwistość występuje zaledwie w 10% przypadków. W myalgjach, rwie kulszowej i innych neuralgjach brak zmian Hb i ciałek czerwonych. W ostrem wiewiórowem zapaleniu stawów często niedokrwistość znaczniejsza, aniżeli w ostrym gośćcu stawowym. W przewlekłym pierwotnym post. gośćcu stawowym spotykamy niedokrwistość niewielkiego stopnia (Hb 65—70%, c. czerw. 3,300.000 do 4,000.000) i to w 35% przypadków. Po przejściu ostrego okresu niedokrwistość ustępuje — uderza tu nawet fakt, że przy bardzo znacznem nasileniu sprawy chorobowej, charakteryzującej się silnemi bólami, znacznemi obrzękami, ograniczeniem ruchów, zwiększeniem ciepłoty do 38°, przyśpieszeniem o. B. do 130 mm/godz., w sprawie chorobowej trwającej szereg tygodni, niedokrwistość jest niewielkiego stopnia, również zmian w krwinkach o charakterze anizo- lub poikilocytozy nie spotyka się. W postaciach zwyrodnieniowych i w dnie stosunki Hb i c. czerw. prawidłowe. W chorobie Stilla-Chauffarda tak w ostrym jak i przewlekłym okresie jest niedokrwistość znacznego stopnia dotycząca ilość Hb i ciałek czerwonych, które dochodzą do 2½ miljona w 1 mm³.

W *spondylarthritis ankylop.* niedokrwistość niewielkiego stopnia. W gruźliczem przewlekłem zapaleniu stawów niedokrwistość znaczniejsza, aniżeli w przewlekłem zapaleniu stawów na tle kiłowem lub wiewiórowem.

Ilość c. białych w ostrym gośćcu stawowym rzadko przekracza 12.000 w 1 mm³, zwykle waha się od 6—10.000 w 1 mm³. Znaczniejszą leukocytozę spotyka się w zapaleniu stawów wiewiórowem, natomiast zapalenia stawów kiłowe i gruźlicze zwykle nie dają leukocytozy zwiększonej. W myalgjach, rwie kulszowej, innych neuralgjach, jakoteż i w dnie ilość c. b. w granicach normy. W przewlekłym pierw. post. gośćcu stawowym w ostrym okresie spotykamy wartości dochodzące do 16.000 w 1 mm³ — w okresie nieostrym zwykle ilość c. b. prawidłowa, nierzadko nawet na dolnej granicy. W postaciach zwyrodnieniowych, w *spondylarthritis-ankylop.*, w chorobie Stilla-Chauffarda brak zwiększonej leukocytozy.

Obraz krwi: w ostrym gośćcu stawowym zwykle niewielkie przesunięcie w lewo, rzadko aż do młodocianych — ilość pałeczkowych rzadko przekracza 10%, często limfocytoza. W okresie gorączkowym zawsze napotykamy komórki kwasochłonne, które w okresie bezgorączkowym szybko wzrastają, by długo się utrzymywać w zwiększonej ilości, często są również komórki tuczne w ilości 1—2%. We wtórnym przewlekłym gośćcu stawowym zwykle brak przesunięcia w lewo, limfocytoza z hipereozynofilją. Podobny obraz spotyka się w myalgjach, rwie kulszowej i innych neuralgjach. W przewlekłym pierw. post. gośćcu stawowym, w ostrym okresie napotykamy przesunięcie w lewo lecz również tylko do pałeczkowych 15—20%; w tymże okresie polinukleozę neutrofilną, monopenję, lecz zawsze są komórki kwasochłonne, — często nawet w zwiększonej ilości 6% i więcej, często również komórki tuczne w ilości 1 do 2%. *Znaczne przesunięcie w lewo wraz z limfopenją i hipereozynofilją jest dowodem ciężkości sprawy — natomiast limfocytoza z normoeozynofilją każe lepiej rokować o sprawie chorobowej.* W postaciach zwyrodnieniowych, *spondylarthritis ankylop.*, i w dnie, brak przesunięcia w lewo, w dnie zwłaszcza w okresie ostrym często hipereozynofilja. W ostrem zapaleniu stawów na tle wiewiórowem zwykle znajdujemy przesunięcie w lewo aż do młodocianych w niewielkiej ilości, często również hipereozynofilja miernego stopnia z prawidłową ilością limfocytów. W przewlekłem zapaleniu stawów wiewiórowem obraz krwi zwykle prawidłowy, czasami lekka hipereozynofilja z bazofilją. W kiłowem przewlekłem zapaleniu stawów brak przesunięcia w lewo, hipereozynofilja do 10%, z limfocytozą na górnej granicy i z monocytozą do 12%. W przewlekłem gruźliczem zapaleniu stawów małe przesunięcie w lewo, limfocytoza, czasami z hipereozynofilją nieprzekraczającą 5%. W chorobie Stilla-Chauffarda w ostrym okresie zanotowaliśmy przesunięcie w lewo do 12% pałeczkowych, a nawet do młodocianych 8% — z limfocytozą i utrzymującemi się stale komórkami kwasochłonnemi. W okresie nieostrym (2 przyp.) brak przesunięcia na lewo, w obu przypadkach limfocytoza, w 1 przypadku z hipereozynofilją, w 2 przyp. bez hipereozynofilji. W postaciach zniekształcających i w *spondylarthritis ankylop.* brak przesunięcia na lewo, w *spondylarthitis ankylop.* często polinukleoza neutrofilna z limfopenją bez hipereozynofilji.

W *arthritis climacterica* o. B. prawidłowy lub nieco tylko przyśpieszony, pozatem stosunki hematologiczne prawidłowe.

Wnioski:

Dzięki o. B. możemy rozróżnić schorzenia stawowe zapalne od zwyrodnieniowych. O. B. wskazuje naszem zdaniem na to, że tak ostry jak i przewlekły gościec stawowy jest sprawą zakaźną. W odróżnieniu od innych, gruźlicze zapalenie stawów daje niższe wartości opadania krwinek. Niedokrwistość w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym jest niewielkiego stopnia. Zwiększenie ogólnej ilości ciałek białych i przesunięcie w lewo jest niewielkie. Obraz krwi w przewlekłym gośćcu stawowym wykazuje w 70% hipereozynofilję — przyczem hipereozynofilja z limfopenją każe nam źle rokować o dalszym przebiegu sprawy chorobowej.

Piśmiennictwo:

V. Breemen: Acta Rheumat. Nr. 4. 1930. — Ditges: D. m. W. 1929. T. II. — Fischer: Rheumatismus u. Grenzgebiete. 1933. — Fischer: Acta Rheumatol. Nr. 3, 1929. — Herrmann: M. m. W. Nr. 49, 1929 i Med. Kl. Nr. 34 i 35, 1933. — Kahlmeter: Kl. W. Nr. 20, 1926. — Mester: P. G. L. Nr. 21. 1932. — B. Pap: Acta Rheumatol. Nr. 3, 1929. — Poncet: Le rhumatisme tuberculeux i la tuberculose inflam. G. Doin et Cie. — Weill, Guillamin et Laurencin: Bullet. Soc. Méd. Hôp. Paris. 1931.

Dr. Stefan MALCZYŃSKI, St. Asyst. U. J. K. Lwów.

O wpływie energji promiennej na poziom składników mineralnych krwi.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Dośw. U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

Część V.

Naświetlania promieniami słońca, a przemiana mineralna krwi.

Kończąc badania nad zmianami poziomów składników mineralnych we krwi pod wpływem promieni [1]), objętych skalą między falami Hertza a ciałami promieniotwórczemi, w ostatniej części tej pracy podamy jeszcze działanie słońca na przemianę mineralną krwi ustroju zwierzęcego.

Naświetlań zastosowaliśmy 9 na ogoloną skórę grzbietu psa na przestrzeni 30/15 cm przez 9 dni pokolei. Naświetlania przypadły pod koniec lipca i na początek sierpnia r. 1932, codziennie między godziną 12—1 w południe, a trwały od 20—30 minut. Dwa pierwsze naświetlania po 20 minut odbywały się w warunkach bardzo dogodnych, przy niebie bez chmur, dwa dalsze doznały chwilowych przerw spowodu przelotnych chmur, 5 następnych było znowu bez przerw, w pełnem słońcu. Po ustaleniu przeciętnego poziomu z pierwszych 6, względnie 8 tygodni, pobraliśmy pierwszy raz krew w 10 minut po pierwszem naświetla-

---

[1]) O wpływie energji promiennej na poziom składników mineralnych krwi:

Część I. Wspólnie z Dr. Borysiewiczem i T. Toczyskim. Pol. Gaz. Lek. 1932. Nr. 28.

Część II. Pol. Gaz. Lek. 1932. Nr. 28.

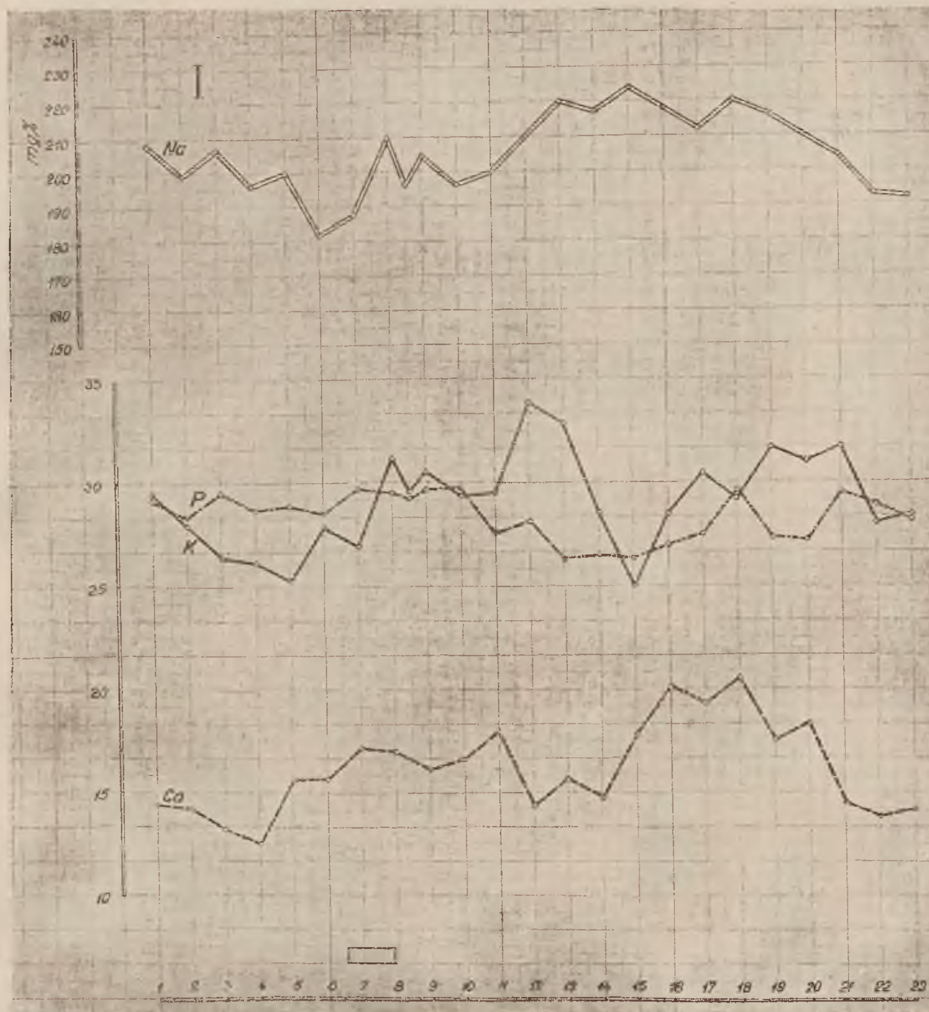
Część III i IV. Pol. Gaz. Lek. 1933. Nr. 19.

Compt. rend. de la Société de Biologie 1931. T. CVIII., 1932. T. CX., 1933. T. CXII., 1933 — w druku.

niu, następną dopiero po ostatniem, wreszcie przez okres przeszło 3 miesięcy przeważnie raz na tydzień. Technika i metodyka badań pozostały te same, co w poprzednich częściach pracy.

W poziomie fosforu (P) nie stwierdziliśmy wybitniejszych zmian. Przeciętny poziom P z okresu przed naświetlaniem wynosił u psa I. 28.63 mg %, u suki II. 28.89 mg %. Ani po pierwszem, ani bezpośrednio po ukończeniu naświetlań nie było żadnych zaburzeń w zakresie przemiany fosforowej we krwi. Dopiero pod koniec 3. tyg. u psa I, a 4. u suki II. krzywa P nieznacznie i łagodnie opada, osiągając w przypadku pierwszym najniższą wartość 25.47 mg % pod koniec 5. tygodnia, w drugim

Zachowanie się Ca u suki II. było bardzo podobne do krzywej psa I. Pierwsze wzniesienie poziomu Ca występuje tu dopiero po ostatniem naświetlaniu, uzyskując wartość 19.45 mg %. Po następowem, nieznacznem obniżeniu się wapnia do 17.09, stwierdza się drugi, znaczniejszy wzrost Ca (21.76 mg %) oddzielony od pierwszego wzniesienia okresem dwu-tygodniowym. Krzywa Ca w następnych tygodniach łagodnie opada, uzyskując najniższą wartość 15.81 mg % w 7 tygodni po ukończeniu naświetlań; w każdym razie nie dochodzi do poziomu wyjściowego, poczem podobnie jak w przypadku pierwszym występują już pod koniec badania 3 wyraźne wzniesienia, osiągające cyfry 21.16, 22.56



Krzywa I.

25.9 mg % pod koniec 10. tygodnia od chwili ukończenia naświetlań, przyczem przez ten cały okres czasu przebiega na poziomie nieco niższym w porównaniu z wartościami wyjściowemi. Pod koniec naszych obserwacyj poziom P podniósł się, odzyskując mniejwięcej wartość początkową.

Wpływ promieni słonecznych zaznaczył się bardzo wyraźnie w zmianach poziomu wapnia (Ca) we krwi, którego wartości po naświetlaniach uległy wybitnej podwyżce, na której wśród nieznacznych wahań, niedochodzących w swoich względnych spadkach nigdy nawet do cyfr wyjściowych, utrzymywały się przez czas dłuższy, aż do końca badań t. j. u psa I. przez 14, a u suki II. przez 15 tygodni.

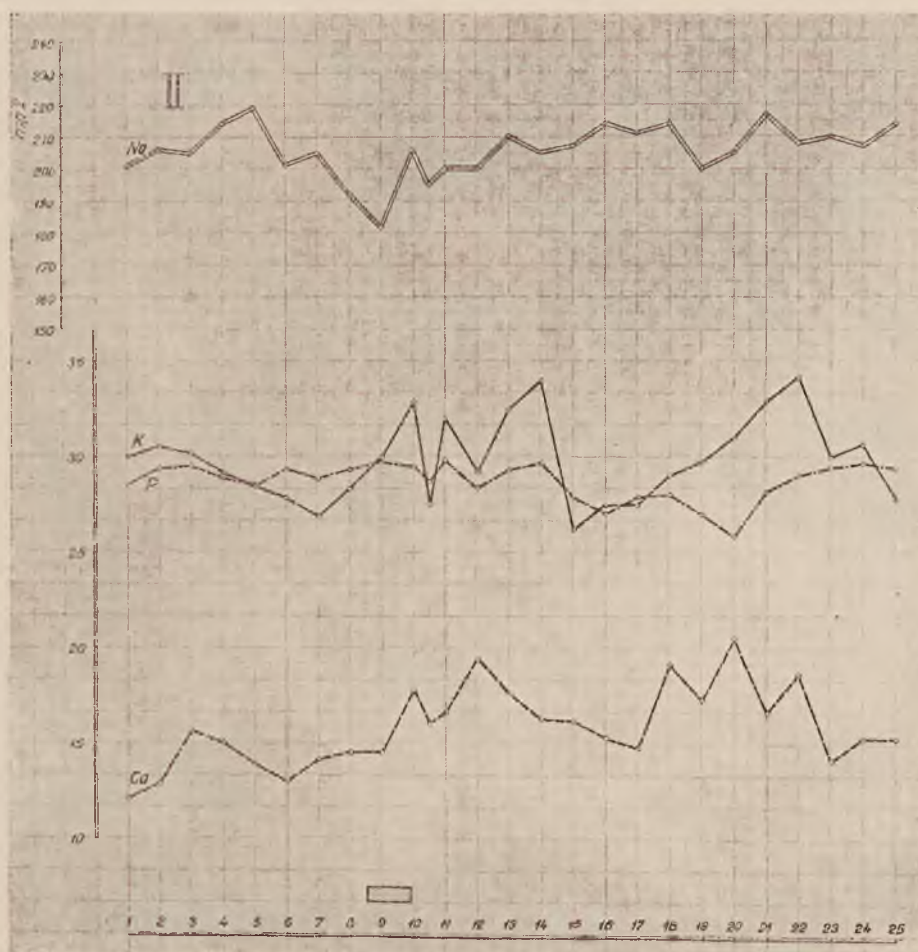
Przeciętny poziom Ca u psa I. z okresu przed naświetlaniem był dosyć wysoki, a wynosił 15.22 mg %, u suki II 14.80 mg %, mimo to okazał się niższym w porównaniu z przeciętną wartością wapnia od chwili pierwszego naświetlania do końca badań, która wyniosła u psa I. 18.05, u suki II. 18.20 mg %. Na tę wyższą średnią złożyły się dość znaczne wahania poziomu wapnia po ukończeniu naświetlań — w granicach jednak zawsze wyższych w porównaniu z poziomem wyjściowym. I tak u psa I. pierwsza podwyżka Ca wystąpiła zaraz po pierwszem naświetlaniu, osiągając wartość 18.64 mg %, następna przypadła mniejwięcej w 3 tygodnie po ukończeniu naświetlań, dochodząc do 19.78, dalsze wzniesienia, wynoszące 22.14, 21.27, 22.45, 19,13 i 20.38 mg % zjawiają się w odstępach tygodniowych, przyczem początek ich występowania przypada pod koniec 8 tyg. po ukończeniu naświetlań.

i 20.74 mg % w odstępach dwutygodniowych. Z końcem badań wapń uzyskuje wartość wyjściową.

Oprócz wapnia było charakterystyczne zachowanie się potasu (K). Przeciętny jego poziom z okresu przed naświetlaniem wynosił u psa I. 26.78, u suki II. 28.88 mg %. Bezpośrednio po ostatniem naświetlaniu wystąpił wzrost potasu u psa I. osiągając wartość 31.69 mg %. Przez następne 4 tygodnie krzywa K przebiega na poziomie wyższym (około 29 mg %), poczem stwierdza się drugie wzniesienie, wynoszące 34.70 mg %. Odtąd krzywa potasu obniża się tak, że po dalszych 3 tygodniach dochodzi do 23.99 mg %, podnosi się jednak zaraz, uzyskując w dwa tygodnie później znowu poziom wyższy (około 30 mg %), na którym pozostaje przez 4 tygod., poczem dopiero na tydzień przed ukończeniem badań powraca do cyfr wyjściowych.

U suki II. już podczas naświetlania zaznacza się dążność do wzrostu K, który pierwsze maksymalne wzniesienie, wyrażone cyfrą 33.60 mg %, uzyskuje już po ostatniem naświetlaniu. Przez dalsze 4 tygodnie potas wykazuje wahania o górnej granicy 32.64 a dolnej 27.21 mg %. W miesiąc od ukończenia naświetlań krzywa K dochodzi do 34.78 mg %, poczem nagle opada do 25.55 mg %. Po tej gwałtownej obniżce potas przez 7 tyg. wykazuje stałą dążność do wzrostu, którego maksymum, wynoszące 35.16 mg % przypada w dwa miesiące od wzniesienia pierwszego. Po tem ostatniem wzniesieniu zaznacza się — już pod koniec naszych badań — powrót potasu do poziomu wyjściowego.

W zakresie sodu (Na) pod wpływem promieni słonecznych nie stwierdziliśmy wybitniejszych zmian. Krzywa przebiega bardzo jednostajnie, a porównanie poziomów wyjściowych z okresu przed naświetlaniem (u psa I. 198.78, u suki II. 206.08 mg %) z przeciętną wartością reszty badań — po naświetlaniach, wywierają wpływu na fosfor; działają zaś jednakowo na wapń i potas, które okazują dążność do wzrostu. Różnica między niemi polega na tem, że przy promieniach granicznych występuje spadek sodu, odmiennie jak po zastosowaniu promieni X, po których Na nieznacznie wzrasta.



Krzywa II.

Objaśnienie do krzywych: Na osi odciętych zaznaczono poszczególne tygodnie. Ciemne prostokąty odpowiadają okresowi 9 naświetlań.

wykazuje brak, względnie bardzo minimalny, bliżej — na podstawie naszych badań — niedający się określić wpływ promieni słońca na zmiany w przemianie sodu.

Działanie promieni słonecznych, jak z powyższych badań wynika, ogranicza się zatem właściwie tylko do dwóch składników mineralnych krwi t. j. do wapnia i potasu, przyczem dla wapnia jest bardzo wybitny. Wpływ ten zaznacza się w długotrwałem podniesieniu poziomu wapnia, w zakresie którego zachodzą wprawdzie wahania, nawet dość znaczne — ale zawsze w granicach wartości wyższych w porównaniu z poziomem przeciętnym, wyjściowym.

W zakończeniu pracy badań wpływu energji promiennej na przemianę mineralną krwi, musimy podnieść, że ona, zastosowana pod rozmaitemi postaciami, w dawkach średnich, prowadzi zawsze do wyraźnych zaburzeń składu mineralnego krwi, i to ogranicza się zwykle do dwóch składników przeważnie, podczas gdy na dwa pozostałe nie wywiera wpływu, względnie minimalny. I tak promienie słoneczne i pozafiołkowe działają przedewszystkiem na wapń, którego poziom, zazwyczaj dopiero w pewien czas po naświetlaniu, wybitnie podwyższa się, poczem pozostaje w granicach zwiększonych wartości przez czas dłuższy, zwłaszcza po działaniu promieni słońca. Równocześnie z wapniem i potas po naświetlaniach słonecznych okazuje wśród wahań dążność do wybitnego wzrostu. Fosfor i sód pozostają bez zmian. Promienie ultrafioletowe obok wapnia działają i na fosfor, który w trzy tygodnie po ukończeniu naświetlań uzyskuje maksymalny wzrost; wpływ ich natomiast na sód jest mały (nieznaczny wzrost), a na potas najmniejszy.

Promienie infra-czerwone działały tylko na fosfor i sód, podczas gdy wapń i potas nie wykazały wybitniejszych wahań.

Promienie graniczne oraz Roentgena ze względu na działanie na przemianę mineralną krwi są do siebie bardzo zbliżone. Nie

W każdym razie na podstawie powyższych wyników stwierdzamy, że energja promienna, zastosowana już w dawkach średnich działa jako bodziec, niepozostający bez wpływu na przemianę mineralną krwi — i to w zakresie, objętym naszemi badaniami.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Jan SZCZENIOWSKI. Warszawa.

Encephalomeningitis serosa u ojca i syna.

Z Kliniki Neurologicznej U. W.
Kierownik: Prof. Dr. K. Orzechowski.

Blisko 40 lat upływa od czasu, gdy Quincke podał opis kliniczny surowiczego zapalenia opon. On też pierwszy wypowiedział zdanie, że w niektórych przynajmniej przypadkach można wykazać pewne czynniki usposabiające do tego cierpienia, wrodzone lub nabyte. Za takie uważał Quincke pewną chwiejność układu naczyniowego, swego rodzaju nerwicę naczyniową. Porównywał on nawet samo cierpienie do spraw takich, jak ostry ograniczony obrzęk skóry lub ostre surowicze wylewy do stawów. Dziś, dzięki pracom Giard'a i Petita, Capaletti, Dandy'ego i Blackmana i innych, wiemy, że w powstawaniu płynu mózgowo-rdzeniowego główną rolę odgrywa splot naczyniasty komór. Mimo jednak tej rozbudowy wiadomości naszych o pochodzeniu płynu mózgowo-rdzeniowego, z czem łączy się ściśle sprawa patogenezy surowiczego zapalenia opon, rola czynnika naczynioruchowego w powstawaniu jego w dalszym ciągu jest uznawana. U nas specjalnie podkreślał doniosłość tego momentu jeszcze przed kilku laty Flatau, poprzednio Zandowa.

Według Claude'a istota zapalenia surowiczego opon polega na ogólnem zwiększeniu się ilości płynu mózgowo-rdzeniowego lub miejscowem jego nagromadzeniu (zapalenie opon surowicze ograniczone). Ten pogląd przyjęty jest naogół przez wszystkich autorów. Claude mniema, że surowicze zapalenie opon rozwija sie wskutek podostrych, łagodnych naogól stanów zapalnych mózgu, splotów naczyniastych i opon. Czynników wywołujących je istnieje wiele. Wśród nich wymienić można najrozmaitsze choroby zakaźne (dur brzuszny, zapalenie płuc, krztusiec, błonica, grypa, kiła i t. d.), urazy czaszki, ropienie uszów, nosa i jego jam obocznych, przewlekłe zatrucie alkoholem i ołowiem, porażenie słoneczne (Weber, Oppenheim), uraz psychiczny (Bregman i Krukowski, Eichhorst, Nonne). Wreszcie stosunkowo często przypuszczalne tło stanowi jad gruźliczy (Brudziński, Tinel, Gastinel, Flatau i Zandowa, Claude, E. Herman). W znacznej grupie przypadków moment etjologiczny jest zupełnie nieuchwytny. Ostatnio Marinesco, Saeger i Grigoresco w pracy ogłoszonej przed 2 laty, wypowiadają zdanie, że w przypadkach ich współdziałały 2 czynniki patogenetyczne, które doprowadziły do surowiczego zapalenia opon. Pierwszy z nich to czynnik dyspozycyjny, wrodzony lub nabyty natury wkrewnej lub wegetatywnej. Drugim, bezpośrednio wywołującym cierpienie jest czynnik toksyczny lub zakaźny. Przed kilku miesiącami mieliśmy możność spostrzegać surowicze zapalenie opon na tle zakaźnem z równoczesnemi objawami encefalitycznemi u ojca i syna. Ze względu na daleko idące podobieństwo konstytucjonalne obu chorych, podobieństwo zaburzeń dokrewnych i obrazów chorobowych, oraz prawdopodobnie równoczesny rozwój cierpienia, przypadki te stanowią, jak się zdaje, ciekawy przyczynek do teorji, przypisującej zasadnicze znaczenie czynnikowi konstytucjonalnemu w etjologji surowiczego zapalenia opon.

Przypadek 1.[1]) Fal. W. 56-letni żyd z zawodu odlewacz mosiądzu i właściciel odlewni, zgłosił się do kliniki 23. VI. 32 r. ze skargami na bóle głowy, podwójne widzenie, pogarszanie się wzroku i niemożność chodzenia. Choroba zaczęła sie przed $1^1/_2$ rokiem. Przechodził wówczas jakoby grypę i w ciągu tygodnia gorączkował do 38^0. W kilka dni po spadku ciepłoty zaczął widzieć podwójnie i pojawiły się bóle głowy. Początkowo leczony był środkami wewnętrznemi, gdy jednak stan nie poprawiał sie, naświetlaniami rentgenowskiemi głowy. Następnie przeszedł leczenie wcierkowe i bizmutowe. Nakłucia lędźwiowego wtedy nie robiono. Stan chorego, pomimo leczenia, pogarszał się stale. W rok od początku choroby zaczął gorzej chodzić: powoli małemi krokami, zataczał się i pociągał prawą nogę. Pogarszać też zaczął się wzrok. Czy w tym czasie miewał stany podgorączkowe, nie wie, gdyż temperatury nie mierzył. Na 4 miesiące przed przybyciem do kliniki bóle głowy wzmogły się jeszcze, stopniowo pogarszać się zaczęła pamięć, chory stał się sennym. Od tego też czasu przeważnie leżał w łóżku. Na 3 tygodnie przed przybyciem do kliniki raz na ulicy zaczął iść coraz szybciej, nie panował nad swemi nogami, potem biegł, aż w pewnej chwili upadł. Stany takiej propulsji powtarzały się kilkakrotnie. Od początku choroby cierpi na bóle w prawej kończynie dolnej podobne do rwy kulszowej. Wzmożonego pragnienia nie miał. Potencja w czasie choroby wygasła. Przedtem zawsze był zdrów. Odkąd pamięta, był otyły. Chorób wenerycznych nie przechodził. Z trunków pił przed choroba tylko piwo w umiarkowanej ilości. Ma 4 dzieci zdrowych i jednego syna chorego, którego stan zostanie przedstawiony w dalszym ciągu pracy. Żona zmarła na zapalenie płuc. Poronień nie miała.

Badanie przedmiotowe stwierdzilo spocządku obserwacji: chory wzrostu średniego, budowy ciała piknicznej, otyły, waga 85 kg. W okolicy czolowo-skroniowej prawej pod skórą guz wielkości pięści, płaski, ruchomy, ostro odgraniczony, w głębi twardszy niż w części zewnętrznej, niebolesny. Guz ten ma chory od dzieciństwa, odkąd pamięta jest on tej samej wielkości. Na skórze szyi i karku, pod pachami i w okolicy krzyżowej liczne uszypułowane guzki wielkości od ziarna maku do ziarna fasoli. Nadmierne uwłosienie całego ciała. Stan bezgorączkowy. W narządach wewnętrznych odchyleń od normy nie stwierdzono. Tętno 84/1, miarowe. W moczu ślad białka. Obie kończyny prawe w całości od dzieciństwa słabiej rozwinięte niż lewe. Chory jest mańkutem. Głowa stale pochylona ku stronie prawej. Mruży stale lewe oko spowodu podwójnego widzenia. Niestały oczopląs poziomo-obrotowy ku stronie lewej. Ostrość wzroku oka lewego = 4/8, prawego = 4/12 (bez korekcji). Źrenice dość szerokie, prawa nieco szersza niż lewa, okrągłe. Obie nie oddziaływują zupełnie na światło, reakcja na przystosowania dobra. Na dnie oczu tarcza zastoinowa, prawa tarcza nieco bledsza. Zresztą nerwy czaszkowe bez zmian. Objawów oponowych nie stwierdzono. Na kończynach górnych odruchy okostnowo-ścięgniste po lewej żywsze niż po prawej. Nieznaczne, drobne, rytmiczne drżenie palców obu rąk. Odruchy antagonistyczne obustronnie wzmożone. Zresztą stosunki prawidłowe. Odruchy brzuszne i mosznowe zachowane. Ze strony kończyn dolnych stwierdzono po prawej brak odruchu Achillesa. Chód powolny, drobnemi krokami, przytem tułów pochylony naprzód, balansowanie kończynami górnemi słabe; zwroty chory wykonywał z trudem. Przy próbie Romberga słania się w tył. Siada na łóżku, obraca się w niem i wstaje z wielką trudnością. O ile chodzi o stan psychiczny, to chory był apatyczny, niczem nie interesował się. W czasie zorjentowany niedokładnie — podawał dobrze dzień tygodnia i rok, datę źle. Przy wykonywaniu nawet prostych rachunków mylił się.

Nakłucie lędźwiowe wykazało w pozycji leżącej ciśnienie 480 mm (Claude), opadło do 250 mm po wypuszczeniu 5 cm^3 płynu. Płyn mózgowo-rdzeniowy bezbarwny, przeźroczysty. Nonne-Apelt i Pandy +. Białko 0,3‰. Bordet-Wassermann zarówno w płynie jak i krwi ujemny.

Badanie morfologiczne krwi, poza względną limfocytozą (40%), wykazało stosunki prawidłowe. Zdjęcia rentgenowskie czaszki wykazały kości pokrywy grube, czaszka niesymetryczna— prawa połowa wydaje się mniejszą od lewej. Cień zwapniałej szyszynki nie przemieszczony. W prawej półkuli, w okolicy ciemieniowej w odległości około $1^1/_2$ — 2 cm od blaszki wewnętrznej kości dwa ogniska zwapnienia wielkości prosa i grochu.

Chory w czasie 10-dniowego pobytu w Klinice miewał niestałe stany podgorączkowe. Otrzymywał dożylnie wstrzykiwania glukozy, które kontynuował przez czas dłuższy także po opuszczeniu kliniki. Zaraz po pierwszej serji naświetlań rentgenowskich na sploty naczyniaste w początkach lipca 1932 r. bóle głowy, które już od czasu nakłucia lędźwiowego zaczęły słabnąć, ustąpiły zupełnie, chory zaczął sprawniej chodzić a napady propulsyjne ustały. Poprawił się też stan psychiczny — chory znacznie się ożywił, wykazywał lepszą orjentację. W ciągu następnego półrocza przyjął dalsze dwie serje naświetlań rentgenowskich, ostatnią w grudniu 1932 r. W początku stycznia, gdy zgłosił się do kontroli, miewał jeszcze od czasu do czasu bóle głowy. Nadal utrzymuje się tylko podwójne widzenie i bóle w kończynie dolnej prawej. Chodzi zupełnie dobrze. Chory powrócił do pracy od 3 miesięcy i prowadzi swe przedsiębiorstwo. Z przezorności wystrzega się pracy fizycznej.

Badanie 15. I. 33 r. wykazało w porównaniu ze stanem z roku ubiegłego zmiany następujące: dno oczu obustronnie normalne. Ostrość wzroku oka prawego = 3/6, lewego 3/4 (bez korekcji). Niestały oczopląs w prawo i lewo, czasem nieco niepokoju nystagmoidalnego przy spojrzeniu ku górze. Brak odruchu Achillesa w prawej nodze, w której miewa bóle nadal. Źrenice dość szerokie, na światło elektryczne nie oddziaływują, natomiast zwężają się dobrze i szybko w świetle dziennem po przejściu z ciemni i odwrotnie. Na przystosowanie reagują dobrze. Badanie okulistyczne, dokonane w klinice prof. Laubera, wykazało porażenie mięśnia prostego dolnego oka prawego. Pole widzenia obustronnie prawidłowe. Odruchy okostnowo-ścięgniste z kończyn górnych po lewej żywsze niż po prawej. Zresztą stan neurologiczny zupełnie prawidłowy. Ostatnio chorego widzieliśmy w końcu maja bieżącego roku. Podawał wtedy, że bóle głowy odczuwa bardzo rzadko i wyłącznie w obrębie górnej gałązki n. trójdzielnego lewego. Czasem pojawiają się jeszcze pobolewania w prawej nodze. Badanie wykazało stan taki jak w styczniu bież. roku.

W przypadku tym zatem u 56-letniego mężczyzny, dotkniętego wrodzonym niedorozwojem kończyn prawych, po przebytym kilkudniowym epizodzie gorączkowym występuje podwójne widzenie i uporczywy ból głowy, do czego dołączają się bóle w kończynie dolnej prawej o charakterze kulszowym. Stan ten trwa bez zmiany przez rok i odtąd powoli, mimo ciągłego leczenia, rozwija się pełny obraz zespołu parkinsonowskiego obok stopniowego pogarszania się wzroku i objawów psychicznych. W $1^1/_2$ roku od początku choroby stwierdza się u chorego obustronną tarczę zastoinową, brak odruchu źrenic na światło, przy zachowanem oddziaływaniu na przystosowanie, porażenie mięśnia prostego dolnego oka prawego, brak prawego odruchu Achillesa, a pozatem ogólny zespół parkinsonowski. Po nakłuciu lędźwiowem, które wykazało wzmożenie ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, zresztą prawie niezmienionego, wstrzykiwaniach hipertonicznych roztworów glukozy oraz 3 serjach naświetlań rentgenowskich na sploty naczyniaste występuje znakomita poprawa, gdyż w 10 miesięcy po opuszczeniu kliniki stwierdziliśmy przy badaniu tylko porażenie mięśnia prostego dolnego oka prawego przy częściowym powrocie oddziaływania źrenic na światło. Są to pozostałości po przebytem cierpieniu, prawdopodobnie już trwałe. Miewa chory wprawdzie jeszcze bóle neuralgiczne, lecz tarcza zastoinowa cofnęła się zu-

[1]) Chory ten był wraz z synem demonstrowany w Warsz. Tow. Neurol. dn. 19 stycznia 1933 r.

pełnie, poprawiła się ostrość wzroku i cofnął się całkowicie zespół parkinsonowski. Dzięki tak znacznej poprawie chory powrócić mógł do swych zajęć zawodowych. Nadmienić musimy, że w początkach b. r. chory ożenił się po raz wtóry i z żoną miewa, wprawdzie rzadko, prawidłowe stosunki.

Przypadek 2. Fal. M., 21-letni syn opisanego chorego, kawaler, z zawodu tokarz, zgłosił się do kliniki 14. XII. 32 r. ze skargami na bóle głowy z wymiotami, które występują czasem także bez bólów głowy, podwójne widzenie, niestałe bóle w kończynie górnej prawej, w karku i kręgosłupie oraz przelotne uczucie gorąca w plecach.

Od 11 r. życia miewał częste bóle głowy. Od 14 r. życia, kiedy zaczął nosić szkła, bóle występowały coraz rzadziej i wreszcie zupełnie ustąpiły.

Przed pół rokiem chory w celu zmiany szkieł zgłosił się do okulisty. Okulista stwierdził wtedy zblednięcie lewej tarczy nerwu wzrokowego, którego przy poprzedniem badaniu przed kilku laty nie było. Dokonano wówczas zdjęcia rentgenowskiego czaszki, które nie wykazało żadnych zmian. Również wynik badania neurologicznego miał być ujemny.

Uważa się za chorego od 6 tygodni, bo od tego czasu ma silne, stałe bóle głowy. Towarzyszyły im wymioty i czkawka. Po 2 tygodniach dołączyło się podwójne widzenie, a od kilku dni niestałe bóle w kończynie górnej prawej, karku i kręgosłupie. Chory stał się sennym. Poprzednio żadnych chorób nie przechodził, poza „grypą“ w dzieciństwie. *Luim negat.* W czasie obecnej choroby nie miał wzmożonego pragnienia, natomiast zauważył zanik potencji. Nie pije trunków ani nie pali. Na 3 miesiące przed początkiem obecnej choroby w czasie pracy spadła mu na głowę cegła z wysokości $1^1/_2$ metra. Przytomności wówczas nie stracił, pracy nie przerwał, miał tylko powierzchowne skaleczenie skóry i w ciągu następnych 2—3 dni odczuwał słaby ból w miejscu skaleczenia.

Przy badaniu stwierdzono: Chory wzrostu średniego budowy piknicznej, otyły, waga 76 kg. Jest otyły od mniejwięcej 15 r. ż. i z tego powodu zwolniono go nawet z wojska. Nadmierne uwłosienie całego niemal ciała. Na skórze szyi 4 uszypułowane guzki wielkości łebka szpilki. Na tułowiu kilka znamion macierzystych barwikowych. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Stan bezgorączkowy. Tętno 84/1. miarowe. Ciśnienie krwi 130/80 (Korotkow). Mocz bez składników patologicznych. Stan neurologiczny: przysłuch i wypuk czaszki prawidłowy. Źrenice bardzo szerokie, okrągłe, prawa nieznacznie szersza od lewej. Obie na światło nie oddziaływały początkowo wcale, później leniwie i mało wydatnie; reakcja na przystosowanie dość dobra. Ostrość wzroku obustronnie 3/24 (bez korekcji). Badanie okulistyczne, dokonane w Klinice Okulistycznej, wykazało porażenie mm. prostego górnego oka prawego i skośnego górnego oka lewego. Pole widzenia oka lewego prawidłowe na barwę białą, oka prawego bardzo znacznie zwężone wykazywało ponadto paracentralny mroczek; na czerwoną obustronnie zwężone. Tarcza oka prawego różowa o granicach zamazanych, trochę wyniesiona, na niej nieliczne wybroczynki. Naczynia mało rozszerzone. W oku lewem tarcza blada, granice jej częściowo zamazane. W świetle bezczerwiennem włókna nerwowe od dołu i góry widoczne, w pęczku tarczowo-plamkowym niewidoczne. Zatem w oku prawem tarcza zastoinowa, w lewem zanik pozastoinowy. Brak oczopląsu. Nieco wzmożona pobudliwość cieplikowa lewego n. przedsionkowego. Inne nerwy czaszkowe bez zmian. Wybitna sztywność karku. Kernig i Brudziński wcale silnie wyrażone. Ze strony kończyn górnych odchyleń od normy nie stwierdzono. Odruchy brzuszne po lewej żywsze niż po prawej. Mosznowe zachowane, równe. Na kończynach dolnych może nieznaczne wzmożenie napięcia mięśniowego. Odruchy kolanowe żywe, prawy żywszy, Achillesa żywe, równe. Po prawej podejrzany Babiński. W mięśniach głównie brzucha i ud chwilami myoklonje, wyraźniejsze po stronie lewej. Zresztą stosunki prawidłowe.

Nakłucie lędźwiowe w pozycji leżącej wykazało ciśnienie 470 mm (Claude), które opadło po wypuszczeniu 5 cm^3 płynu do 360 mm. Queckenstedt fizjologiczny. Płyn bezbarwny, przeźroczysty. Nonne-Apelt ujemny. Pandy słabo dodatni, białka 0,3‰, ciałek 2 w 1 mm^3. Bordet-Wassermann we krwi i płynie ujemny. Badanie morfologiczne krwi wykazało ciałek białych 10,100, czerwonych 5,600,000. Obojętnochłonnych 55%, limfocytów 41%, monocytów 4%.

Na rentgenogramach czaszki poza lekkiem wzmożeniem rysunku łeków mózgowych i wycisków palczastych brak nieprawidłowości.

W czasie dalszego pobytu w klinice występowały niestałe stany podgorączkowe. Chory otrzymywał dożylnie 40% glukozę obok naświetlań rentgenowskich na splot naczyniasty. Wyraźna poprawa nastąpiła jednak dopiero po nakłuciu lędźwiowem, na które chory nie mógł się zrazu zdecydować. Odtąd ustąpiły bóle głowy i wymioty. Niebawem ustąpiła również sztywność karku, natomiast pozostały objawy ze strony mięśni oczu, tarcza zastoinowa i różnica odruchów kolanowych. Pod koniec pobytu wystąpiły u chorego napadowo pojawiające się bóle w prawej połowie brzucha, promieniujące do członka. Napady te trwały około 8 dni, poczem stopniowo ustąpiły. Odpowiadały one kamicy nerkowej lub zapaleniu miedniczek nerkowych, ponieważ w moczu, kilkakrotnie badanym, stwierdziło się białko, a w osadzie do 150 krwinek czerwonych w polu widzenia.

Chorego wypisaliśmy dnia 25. II. 33 r. Odtąd leczył się ambulatoryjnie, zrazu lewatywami z *magnesium sulfuricum*. W początku marca przyjął 3. serję naświetlań rentgenowskich. Obecnie t. j. w połowie maja, miewa czasem lekkie bóle głowy jakby neuralgiczne sprzodu w prawej jej połowie, a stale podwójne widzenie. Zabrał się spowrotem do pracy tokarskiej, której poświęca około 6—7 godzin dziennie bez trudności. Przy badaniu objawów oponowych nie stwierdza się. Na dnie oczu obustronnie zanik pozastoinowy, wyraźniejszy po stronie lewej. Ostrość wzroku obustronnie 3/18 (bez korekcji). Porażenie mięśni ocznych utrzymuje się bez zmian. Natomiast poprawie uległo pole widzenia obu oczu zwłaszcza na barwę czerwoną, lecz mroczek paracentralny w polu widzenia oka prawego trwa nadal. Źrenice średniej szerokości, okrągłe, prawa nieznacznie szersza niż lewa, obie na światło oddziaływują leniwie i mało wydatnie, na przystosowanie wcale dobrze. Prawy odruch kolanowy nieznacznie żywszy od lewego. Zresztą stan neurologiczny prawidłowy.

Streszczając możemy stwierdzić, że w przypadku tym u 21-letniego mężczyzny pozornie dość nagle i bez uchwytnej przyczyny, poza lekkim urazem głowy przed 3 miesiącami, który żadnych bezpośrednich następstw nie wywołał, pojawiają się silne bóle głowy i wymioty. Do tych objawów dołączają się wkrótce bóle w kręgosłupie i w kończynach górnych oraz podwójne widzenie. W chwili przybycia do kliniki stwierdzono wybitne objawy oponowe, zaburzenia ze strony źrenic i porażenie mięśni prostego górnego oka prawego i skośnego górnego oka lewego, prawostronną tarczę zastoinową i zanik pozastoinowy brodawki nerwu wzrokowego lewego. Po nakłuciu lędźwiowem, które wykazało wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego, i naświetlaniach rentgenowskich splotów naczyniastych oraz wstrzykiwaniach roztworów hipertonicznych wystąpiła wybitna poprawa, wyrażająca się cofnięciem bardzo rychłem objawów oponowych, bólów głowy i wymiotów a sczasem i tarczy zastoinowej, po której został zanik obu nn. wzrokowych. Nadal utrzymują się niedowłady mięśni ocznych i zaburzenia ze strony źrenic mimo poprawy, trwającej już prawie od $^1/_2$ roku.

Podkreślić tu należy, że już na pół roku przed wystąpieniem bólów głowy to jest wtedy, gdy chory uważał się jeszcze za zdrowego, okulista stwierdził zblednięcie tarczy n. wzrokowego lewego.

W obu przypadkach rozpoznanie napotykało początkowo na duże trudności. Bardzo znaczna poprawa z zupełnem cofnięciem się zmian na dnie oczu w przypadku pierwszym, ustąpienie części objawów w drugim skłoniły nas do rozpoznania surowiczego zapalenia opon, zwłaszcza że zdecydowany zwrot ku poprawie datuje się od nakłucia lędźwiowego. W rozpoznaniu różnicowem nie mamy żadnego pewnego kryterjum, rozstrzygającego rozpoznanie na korzyść surowiczego zapalenia opon z wyłączeniem guza. Nawet wieloletni powrót do prawidłowego stanu może zdarzyć się w przypadkach guza. Tem trudniej więc uważać w naszych przypadkach zapalenie opon surowicze za pewne, mimo dość długiego czasu obserwacji, ponieważ niektóre objawy dotąd się utrzymują.

Sprawą rozpoznania różnicowego między guzem a surowiczem zapaleniem opon zajmowali się zwłaszcza Oppenheim, Bonhöffer, Redlich, Ruhe, w ostatnich czasach Medea, a z polskich autorów Bregman, Krukowski, Flatau, Biro i Higier. Według Ruhe'go, który rozporządzał dużym materjałem własnym i piśmienniczym, na korzyść surowiczego zapalenia opon przemawia przebieg ze zwolnieniami, zmienność lub brak objawów ogniskowych, wykazanie zmian zapalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym i wreszcie poprawa stanu po nakłuciu lędźwiowem. Dopiero zatem dłuższa obserwacja, często nawet kilkuletnia, może ostatecznie ustalić rozpoznanie surowiczego zapalenia opon, które, w tych warunkach, początkowo zawsze jest tylko prawdopodobne. Do tego samego wniosku ostatnio dochodzi Medea. Opracował on pod kątem rozpoznania różnicowego 120 przypadków guzów mózgu o różnej lokalizacji i 73 surowiczego zapalenia opon. Mimo tak dużego materjału nie udało mu się ustalić żadnych pewnych kryterjów różnicowych. Medea, poza wymienionemi już okolicz-

nościami, podkreśla w przebiegu surowiczego zapalenia opon częste stany podgorączkowe, nieznajdujące usprawiedliwienia w narządach wewnętrznych. Obok tego częste mają być bóle w kręgosłupie i kończynach oraz objawy ogólnego osłabienia. Marinesco, Saeger i Grigoresco uważają senność, gdy jest nadto tarcza zastoinowa, a brak objawów ogniskowych, za objaw przemawiający raczej za zapaleniem surowiczem. Mechanizm powstawania senności tłumaczą ci autorzy uciskiem rozszerzonej III komory na sąsiadujące jądra. Zarówno Marinesco jak Medea i Balducci dużą rolę przypisują współczynnikowi Ayala, który w granicach powyżej 6 ma przemawiać za surowiczem zapaleniem opon. Współczynnik Ayala oblicza się, jak wiadomo, według wzoru $q = \frac{V x F}{i}$, w którym V określa ilość upuszczonego płynu, F ciśnienie końcowe, i — ciśnienie początkowe, mierzone manometrem Claude'a. W naszych przypadkach wypadł on w pierwszym 2,6, w drugim 3,8 to jest w sposób typowy raczej dla guza mózgu. Podkreślić jednak należy, że ciśnienie końcowe mierzyliśmy po upuście 5 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego, a nie po 10 cm^3, jak podaje Ayala, i tem może tłumaczyć należy ten wynik. Petit-Dutaillis w sprawozdaniu, przedstawionem na tegorocznem zebraniu międzynarodowem neurologów w Paryżu, odrzuca całkowicie wartość rozpoznawczą, o ile chodzi o surowicze zapalenie opon, wszystkich przytoczonych momentów. Uważa on, że w niektórych przypadkach wyłączyć można rozpoznanie guza na zasadzie wyników wentrikulografji, w większości wypadków jednak rozstrzyga dopiero zabieg operacyjny i dalsza obserwacja. Jego zdaniem atoli, nawet niestwierdzenie guza w czasie zabiegu i długotrwała potem poprawa też całkowicie nie przesądzają rozpoznania na korzyść surowiczego zapalenia opon. Ciekawy pod tym względem jest własny jego przypadek. Dotyczył on chorej, u której rozpoznawał surowicze zapalenie opon. Jedynym objawem cierpienia, obok zespołu wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, był niedowład lewego dolnego nerwu twarzowego. W czasie zabiegu odbarczającego nie znaleziono guza. Stan chorej po operacji w ciągu dwóch lat był zupełnie dobry, co zdawało się całkowicie potwierdzać pierwotne rozpoznanie. Dopiero po dwóch latach pojawiły się zaburzenia ze strony prawego nerwu trójdzielnego i napady drgawek Jacksonowskich. Przy powtórnym zabiegu wydobyto oponiak, wychodzący z prawego skrzydła kości klinowej.

Z drugiej jednak strony długie utrzymywanie się objawów porażeń mięśni okoruchowych, według Caramazzy wcale częstych w zapaleniu surowiczem opon, przeciw rozpoznaniu temu w naszych przypadkach nie przemawia w sposób stanowczy. Pamiętać musimy, że przebieg surowiczego zapalenia opon może być długotrwały wśród pogorszeń i popraw stanu i dopiero niekiedy po latach występuje ostateczne wyzdrowienie całkowite lub z pozostałościami trwałemi. Niezwykle ciekawy w związku z obrazem chorobowym u naszych chorych jest przypadek Claude'a, Veltera i de Martela. Dotyczył on 31 letniej kobiety, która była w ich spostrzeganiu od 1921 do 1930 roku. Chora ta w dzieciństwie przebyła obustronne ropne zapalenie ucha środkowego, które potem kilkakrotnie obostrzało się. W 1921 r. wystąpiły u niej objawy przedsionkowo-móżdżkowe, a w dwa lata później prawostronny niedowład połowiczy, zaburzenia czucia po tej samej stronie i zespół Parinauda. Wkrótce potem, wobec pojawienia się tarczy zastoinowej, dokonano zabiegu odbarczającego, po którym objawy na dnie oczu cofnęły się, lecz inne pozostały. W 1925 r. ponowne pojawienie się tarczy zastoinowej, ponowna dekompresja i po niej wszystkie objawy, za wyjątkiem zespołu Parinauda, zupełnie ustąpiły. Już jednak w 1926 r. rozwinął się typowy zespół lejkowo-szary z zajęciem skrzyżowania nerwów wzrokowych. Po trzykrotnych nakłuciach komorowych i te objawy cofnęły się całkowicie i chora w 1930 r. wykazywała już tylko zespół Parinauda. W przypadku tym, bardzo bogatym pod względem symptomatologji ogniskowej, objawy neurologiczne po latach trwania choroby cofnęły się zatem całkowicie. Odmienny pod tym względem przypadek opisywali przed kilku miesiącami Guillain i Rouquès. Dotyczył on chorego, który w 1922 r. przedstawiany był przez Kudelskiego i Guillana jako guz szypułki mózgowej i ciałek czworaczych. Chory ten miał wówczas porażenia kilku mięśni ocznych, zupełną sztywność źrenic, zespół móżdżkowy i lekkie upośledzenie czucia powierzchniowego po prawej stronie ciała oraz wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego bez zmian na dnie oczu. Po naświetlaniach rentgenowskich wystąpiła poprawa, wyrażająca się ustąpieniem gwałtownych bólów głowy. W 10 lat potem, to jest w 1932 roku, chory zgłosił się ponownie, tym razem ze skargami na zanik siły męskiej i tycie, trwające od 6 lat. Stan neurologiczny nie różnił się wtedy prawie zupełnie od stanu z 1922 roku. Opierając się na zupełnym braku objawów wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego oraz na długotrwałem utrzymywaniu bez zmian objawów ogniskowych, Guillain i Rouquès wyłączają guz i ostatecznie skłaniają się do rozpoznania sprawy zapalnej w okolicy szypuły mózgowej. Dawne objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego tłumaczą umiejscowienie procesu zapalnego w sąsiedztwie wodociągu Sylwjusza, co prowadziło do zaburzeń w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w ostrym okresie choroby. Zespół lejkowo-szary należy odnieść, ich zdaniem, do zajęcia przez proces zapalny jąder dna III komory. Interpretują go zatem odmiennie niż Claude, Velter i de Martel, którzy zespół ten w swoim przypadku uważają za następstwo wodogłowia komory III z początkowego okresu choroby.

Jak wynika z powyższego, niema kryterjów absolutnie pewnych w rozpoznaniu surowiczego zapalenia opon, nie jest niem nawet długotrwałość wyleczenia, które kiedyś może okazać się pozornem. Z drugiej strony uporczywość niektórych objawów ogniskowych, jak u naszych chorych, nie przesądza rozpoznania na krzyść guza mózgu. W naszych przypadkach za rozpoznaniem surowiczego zapalenia opon przemawia szybkie i zupełne cofanie się daleko posuniętych objawów u ojca, bardzo znaczna poprawa u syna, bóle o typie ischjalgicznym w pierwszym przypadku, jako wyraz udziału opon ogona końskiego w sprawie chorobowej, a przelotne bóle w kręgosłupie w drugim, w obu okres senności. Obok tego niestałe stany podgorączkowe u obu chorych, dla których nie mogliśmy stwierdzić żadnej uchwytnej przyczyny i zwrot ku poprawie w obu przypadkach od czasu nakłucia lędźwiowego. U syna rozpoznanie nasze znajduje poparcie w objawach oponowych (sztywność karku, Kernig, Brudziński). U ojca cień szyszynki zwapniały, stwierdzony na rentgenogramach czaszki w prawidłowem miejscu nie pozwala wogóle wyłączyć guza, można jednak na tej podstawie odrzucić przynajmniej rozpoznanie guza ponad namiotem lub w półkulach mózgowych w środkowej i tylnej ich części. Za rozpoznaniem surowiczego zapalenia opon przemawia i sam przebieg choroby. W obu przypadkach sprawa rozwijała się powoli, osiągnęła swój szczyt i odtąd stale się poprawia.

Objawy ogniskowe towarzyszące surowiczemu zapaleniu opon rozmaicie bywają tłumaczone. Bonhöffer, Kalischer, Biro, Oppenheim wyjaśniają je czynnikami mechanicznemi. Część badaczy skłania się do zapatrywania, które w interpretacji obrazów chorobowych naszych przypadków podzielamy, że najczęściej objawy ogniskowe są wyrazem zapalenia mózgu a wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego jest zespołem towarzyszącym, zależnym od równoległego rozwoju zapalenia sur. opon lub wtórnym, zależnym od wodogłowia. Przypadki nasze, mimo dominującego obrazu zapalenia surowiczego opon, zasadniczo uważamy za sprawę zapalną miąższowo-oponową. W ten sposób staje się zrozumiałą przetrwałość porażeń mięśni ocznych i zaburzeń źrenicznych, jako następstw zajęcia przez proces zapalny ośrodków w szypule mózgowej.

W pierwszym przypadku, u ojca, powoli wykształcający się zespół parkinsonowski po przejściu epizodu gorączkowego, zaburzenia ze strony mięśni gałek ocznych i źreniczne obok senności nasuwały podejrzenie co do nagminnego zapalenia mózgu *(encephalitis epidemica)*. Przebieg choroby rozstrzygnął przeciw temu rozpoznaniu, bo objawy parkinsonizmu, mimo $1^1/_2$ rocznego trwania choroby cofnęły się zupełnie od $^1/_2$ roku, co nie zdarza się w parkinsoniźmie pośpiączkowym. Objawy te musiały być przeto następstwem wodogłowia wewnętrznego, w miarę zmniejszania się którego ustąpiły. Zresztą późny rozwój przewlekłego nadciśnienia śródczaszkowego także trudnoby pogodzić z rozpoznaniem nagminnego zapalenia mózgu.

U syna sprawa trwa zapewne o wiele dłużej, niżby na to wskazywały wywiady, wobec zaniku lewego nerwu wzrokowego, stwierdzonego na pół roku przed rzekomym początkiem choroby. Ponieważ przedtem zaniku nie było, należy wiązać go z cierpieniem obecnem, zwłaszcza że wzrok na oku lewem w miarę poprawy ogólnej także trochę się poprawił. Na dłuższe trwanie sprawy chorobowej przed rozwojem podmiotowych dolegliwości chorego wskazują także objawy rentgenowskie na kośćcu czaszki, których wykształcenie się wymagało przecież dłuższego czasu. Niewielki uraz głowy, którego doznał chory na 3 miesiące przed pozornym początkiem choroby, być może, przyczynił się w pewnym stopniu do szybszego jej rozwoju i ujawnienia, nie może jednak być uważany za moment wyłącznie wywołujący, bo, sądząc z zaniku nerwu wzrokowego lewego, cierpienie w chwili urazu istniało już od pewnego czasu.

W rozważaniach rozpoznawczych nie możemy pominąć sprawy chorobowej mało jeszcze znanej, opisywanej pod ogólną nazwą „zamknięcia wodociągu Sylwjusza". Przyczyną jej jest bujanie gleju podwyściółkowego w najbliższej i dalszej okolicy wodociągu, które doprowadza do zwężenia światła wodociągu i, zależnie od stopnia jego zacieśnienia, do mniejszego lub znaczniejszego wodogłowia. Przyczynę bujania gleju odnoszono czasami do nowotworu, najczęściej chodzi o rozrost gleju pochodzenia zapalnego lub toksycznego niewiadomej etjologji (Shelden, Parker i Kernohan i inni). Tego rodzaju przypadek z naszej kliniki będzie wkrótce opisany przez Jakimowicza. Dotyczył on mężczyzny, lat 24, który miał jedynie objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego (bóle głowy, wymioty, tarczę zastoinową). Na sekcji znaleziono znaczne wodogłowie wewnętrzne, a badanie histologiczne wykazało w wodociągu bujanie tkanki glejowej podwyściółkowej. W przypadku tym również etjologja pozostała niewyjaśniona. Sprawa chorobowa u naszych chorych, którą uważamy za zapalenie okolicy szypuły i to głównie jej części blisko wodociągu w okolicy jąder nerwów okoruchowych, oraz równolegle z tamtem przebiegające t. zw. surowicze zapalenie opon, mogłaby odpowiadać anatomicznie „zamknięciu" wodociągu Sylwjusza. Objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego u naszych chorych zależeć mogłyby w tym wypadku albo od wodogłowia rozwijającego się bądź na drodze mechanicznej bądź przez zapalenie surowicze opon, na które, obok zmian patologicznych w splotach naczyniastych, mogą się przecież składać także stany zapalne samej wyściółki.

W obu naszych przypadkach stanowczo wyłączyć można tło kiłowe cierpienia, co do którego nasuwało się podejrzenie ze względu na brak odruchów źrenic, wobec ujemnych w tym kierunku wywiadów i prawidłowego wyniku odczynów Bordet-Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi u obu chorych. Zresztą w przypadku pierwszym w początkowej fazie choroby, zanim chorego poznaliśmy, stosowano energiczne leczenie swoiste — bez żadnego wyniku.

W obrazie chorobowym u ojca i syna uderza podobieństwo objawów: obaj mają podobne niedowłady ze strony mięśni oczu, zaburzenia źreniczne zwolna ustępujące, obaj przechodzili okres senności. Zespoły u obu różniły się właściwie tylko tem, że syn miał objawy oponowe (sztywność karku, Kernig, Brudziński), których nie obserwowaliśmy u ojca. Ojciec natomiast zachowywał się w pewnym okresie choroby jak typowy parkinsonik. Ta różnica zespołów chorobowych prawdopodobnie nie jest istotną. Można przyjąć ze znacznem prawdopodobieństwem, że u ojca, człowieka już 56 letniego, obarczonego do tego wrodzoną lub w dzieciństwie nabytą zmianą chorobową mózgu (niedorozwój prawych kończyn, ogniska zwapniałe w półkulach mózgowych), choroba, którą tutaj zajmujemy się, zastała zwoje podstawowe już w pewnym stopniu chorobowo zmienione, w każdym razie mniej odporne, w wyniku czego ucierpiały one bardziej niż u młodego syna. Z drugiej strony opierając się na analogji choćby tylko oponowych odczynów leukocytarnych, bardzo żywych u młodych ludzi, w przeciwieństwie do osobników w wieku podeszłym, można przypuścić, że stan zapalny, przebiegający z surowiczem zapaleniem opon, chociaż o jednakowej etjologji i natężeniu, łatwiej wywoła u młodzieńca kliniczne objawy oponowe (sztywność karku, Kernig, Brudziński), niż u człowieka starszego, u którego wrażliwość opon oraz odruchy z opon na odpowiednie grupy mięśniowe są z racji wieku mniej nasilone. Wiadomo wszak także, że nawet ropne zapalenia opon przebiegać mogą u starszych osobników wśród objawów oponowych stosunkowo nieznacznych. Tak więc sądzimy, że różnice w obrazie chorobowym naszych chorych dadzą wytłumaczyć się ich wiekiem. Wobec tego tem jaskrawiej występują podobieństwa obrazów chorobowych, mianowicie podobne u obu zaburzenia odruchów źrenicznych, porażenie częściowe n. okoruchowego, senność, długi okres trwania choroby i wreszcie uporczywość pewnych objawów. Ponieważ zaś choroba u syna istniała na długi czas przed zgłoszeniem się do kliniki — wszak już na ½ roku przedtem okulista stwierdził poczynający się zanik nerwu wzrokowego lewego — przyjmujemy jako prawdopodobne współczesność początku choroby u ojca i syna i zależność jej od tego samego zakażenia, które mogło być w drugim przypadku tak lekkie, że chory je przeoczył.

Uderzającem jest podobieństwo konstytucjonalne obu naszych chorych: twarzy, budowy ciała, wzrostu i t. p. Obaj są patologicznie otyli, mają guzki uszypułowane skóry, ojciec jako starszy wiekiem, większe i liczniejsze, obaj są nadmiernie uwłosieni na ciele, i to syn w stopniu silniejszym niż ojciec. U podłoża tych wspólnych cech konstytucjonalnych prawdopodobnie istnieją u obu chorych podobieństwa czynnościowych zaburzeń dokrewnych, które stanowiły ów czynnik usposabiający do zapalenia miąższowo-oponowego.

Obaj chorzy pracują przy mosiądzu. Ojciec jest odlewaczem, syn tokarzem. Zmiany toksyczne w mózgu, w szczególności obrazy surowiczego zapalenia opon wskutek działania par i opiłków miedzi, cyny i cynku, to jest składników mosiądzu, nie są znane w piśmiennictwie. Przypuszczalnie więc zatrucie zawodowe w naszych przypadkach nie miało miejsca.

Na zakończenie należy słów kilka poświęcić zaburzeniom źrenicznym u naszych chorych. Reakcja na przystosowanie była zachowana w obu przypadkach, w jednym była dobra, w drugim wcale dobra. W przypadku pierwszym źrenice średnich rozmiarów spoczątku nie reagowały na światło zupełnie, potem odruch częściowo wrócił. Brakło go wprawdzie na zadziałanie światła elektrycznego, ale po przejściu z ciemni w światło dzienne źrenice szybko i dość wydatnie zwężały się. Spoczątku był więc obecny Argyll-Robertson. Późniejsze zachowanie się źrenic wobec światła dziennego i silnego elektrycznego jest prawdopodobnie odmianą objawu Argyll-Robertsona w okresie regresyjnym, po którym nastąpi może sczasem zupełnie prawidłowe zachowanie się odruchu na światło. Zaburzenia, może zbliżone do tutaj przedstawionych, opisał E. Herman w 1925 r. Chodziło tam jednak o napadowo pojawiający się brak odruchu na światło elektryczne (przy częściowo zachowanym na światło dzienne) źrenic maksymalnie rozszerzonych. W przypadku naszym drugim źrenice były bardzo szerokie i dopiero pod koniec obserwacji pojawił się bardzo słaby odruch obu źrenic na światło.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy. Nr. 5. 1933. J. Leoszko: Zdatność do zawodu lotniczego na podstawie badań lotniczo-lekarskich w Polsce. — Sz. Wacek: Kilka uwag o samouszkodzeniu oczu w związku ze sprawami sądowemi. — H. Ciszkiewicz: Glista ludzka przyczyną pooperacyjnej przetoki kałowej. — I. Arłitewicz: W sprawie oświetlenia koszar wojskowych. — M. Kalenkiewicz: Sprawa utylizacji śmieci miejskich w świetle potrzeb wojska.

Życie Dziecka. Nr. 9. 1933. H. Jawidzykówna: Dziecko w zakładzie zamkniętym. — Fr. Cieszyński: Położna jako wiejska opiekunka zdrowia matki i dziecka. — M. Skokowska-Rudolfowa: O roli kolonij leczniczych w zwalczaniu gruźlicy. — I. Zimmerspitzówna: Wina. — J. Bogdanowicz: Opieka lekarska w ogródku jordanowskim. — M. Statter: Ćwiczenia cielesne jako wyrównanie skutków pracy domowej kobiet.

Położna. Nr. 9—10. 1933. L. Gerhardt: Błony płodowe i ich znaczenie. — F. Cieszyński: Alkohol a dziecko. — W. Jaworska: Cel poradni dla ciężarnych, matek i niemowląt.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 10. 1933. St. Legeżyński i K. Rafiński: Próba antygenowa Holtha w rozpoznawaniu ronienia zakaźnego bydła. — Z. Mockus: Uproszczona technika sekcji zwłok zwierzęcych. — T. Olbrycht: Dziedziczne przyczyny jałowości i ronienia zwierząt. — S. Romański: Przypadek polipowatego rozrostu błony śluzowej woreczka żółciowego u psa i jego pochodzenie. — E. Engel: „Złośliwe" nowotwory językowe. — M. Nehrebecki: Ustawa o rzeźniach z prawem wyłączności.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 11. 1931. W. Chodźko: Lecznictwo w polskich długoterminowych ubezpieczeniach społecznych. — H. Berliner: System wymierzania i ściągania składek oraz ewidencji ubezpieczonych w ubezpieczeniu społecznem. — R. Szymanko: Zagadnienie ubezpieczenia inwalidzko- starczego robotników rolnych.

Nowiny Lekarskie. Nr. 20. 1933. A. Laskiewicz: Przyczynek do etjologji i obrazu klinicznego obrzęku powiek u dzieci pochodzenia nosowego. — R. J. Leszczyński: Mechanizm ruchów włosa w oświetleniu farmakologicznem. — S. Otolski: Rozpuszczalne w wodzie związki inozytofosforowo-żelazowe. — O. Hüttmann: Przyczynek do statystyki owsicy (oxyuriasis) i do biologji owsików.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 44. 1933. H. J. Landau: Zaparcie nawykowe stolca u dzieci w wieku szkolnym. — K. Bujniewicz: Z wykładów klinicznych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 44. 1933. M. Domnikiewicz i M. Kijewska: Metoda miareczkowa oznaczania ołowiu w roztworach zasadowego octanu ołowiowego.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 45. 1933. A. Jurkowski: Wyciągi roślinne (extracta) V-tej Farmakopei Szwajcarskiej.

OCENY.

Apologie de la Clinique. EMILE SERGENT. Gaston Doin & C-ie. str. 72. Paris.

W dziełku tem autor stara się uzasadnić znaczenie naukowe kliniki. Kliniczne doświadczenia przybrały w czasach ostatnich charakter naukowy narówni z doświadczeniami innych dziedzin nauk biologicznych. Klinika nie jest tylko polem do nauczania leczenia, ale jednocześnie polem obserwacji i doświadczeń. Obserwacje te i pomiary stają się coraz bardziej ścisłe i wyniki przybierają coraz więcej charakter ścisłych naukowych spostrzeżeń. Powołując się na autorytet Claude Bernarda autor rozważa metody kliniczne, ich trudności i zawiłość, wyłuszcza zasady, któremi ma się kierować klinicysta, poświęca rozdział osobny rozważaniu zadań i przymiotów klinicysty, wreszcie mówi o przyszłem znaczeniu klinicznym nauk, wskazując na te istotne zdobycze naukowe, które dzięki klinicznym spostrzeżeniom zdołano poczynić. Jest to rodzaj przygotowania do nauk klinicznych, z którem każdy lekarz z korzyścią zapoznać się może.

Prof. W. Moraczewski (Lwów).

W ostatnich miesiącach ukazał się dawno oczekiwany *„Polski słownik lekarski radjologiczny i światłoleczniczy"* pod redakcją śp. doc. dra Z. Grudzińskiego i dr. Z. Stankiewicza. Jest to pierwszy słownik polski tego rodzaju, nic też dziwnego, że są w nim pewne usterki, które zostaną zapewne usunięte przy najbliższem wydaniu słownika, a co nie umniejsza zasług Redakcji i Współpracowników słownika, którzy jego opracowywaniu poświęcili dużo czasu i wysiłków.

W tak specjalnym słowniku znajdujemy szereg zbędnych wyrażeń np. *abcès froid,* fr. ropień zimny, *abscess,* a. ropień, *aéré,* fr. powietrzny, *aérocolie,* bębnica jelit, *appareil photographique* aparat fotograficzny, *apfelartig* oddane przez jabłkowity, zamiast jabłkowy i t. p. Również niepotrzebnie wymieniane są osobno słowa jednakowo brzmiące w obcych językach np. *Angström* (A), a. *angström,* drugi raz powtórzone z dodatkiem fr. i trzeci z n., można przecież bez żadnej szkody umieścić *Angström* (A) a. fr. n, parę wierszy niżej ta sama historja z *anion* — anjon. Przy uwzględnieniu powyższego objętość słownika uległaby znacznemu zmniejszeniu, a słownik byłby dostępniejszy, bo i cena słownika byłaby odpowiednio niższą. Nie wszystkie wyrazy są wiernie oddane np. *Bestrahlung, tangentiale* napromienianie odcinkowe, zamiast styczne, *Buckywabenblende, Wabenblende, antidiffuseur,* oddane przez kratka przeciwrozproszeniowa, kiedy instrument przeciwdziałający rozproszeniu promieni może być w postaci spirali, czy też składać się z pojedyńczych listewek, a słowo kratka nosi w sobie już pewne określone pojęcie, lepiej przyrząd przeciwrozproszeniowy, *Aspect étoilé des plis,* zbieżność promienista fałd, wierniej wygląd gwiaździsty lub gwiaździstość fałd. *Bronchographie* radjografja odlewowa oskrzeli, może lepiej i krócej bronchografja. Nowe mianownictwo pewnych wyrazów jest, mojem zdaniem, niezupełnie szczęśliwe, jak np. promienioleczuictwo *(radiothérapie, Strahlentherapie, radiumtherapy),* czy nie lepsze leczenie promieniami. Równie niezbyt miłemi dla ucha byłyby wyrazy chinino- lub aspirynolecznictwo, któreby chcieli wprowadzić do słownika lekarskiego zwolennicy tych środków. Podobnie lepszem jest dawne wyrażenie naświetlanie promieniami zamiast napromienianie. Polska Akademja Umiejętności opracowuje nowy słownik lekarski, zapewne ujednostajni w nim i mianownictwo tych wyrazów.

M. Welfe (Sosnowiec).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Przyczynek do patologji i kliniki krwawień. R. JURGENS. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 123. S. 649—686.

Autor ujmuje skłonność do krwawień jako proces złożony, zależny od wielu czynników, szczególnie naczyń krwionośnych, chemizmu i składników krwi.

Wyciąg z pijawek wpływa na zmniejszenie krzepliwości krwi i zwiększenie czasu krwawienia, wywołując zmiany w śródbłonkach naczyń: słabienie jego przyczepności i fagocytozy.

Co się tyczy chemizmu krwi, ma znaczenie w powstawaniu krwawień łącznie z innemi przyczynami fibrynopenja (wskutek upośledzonego wydzielania fibrynogenu przez śródbłonki naczyniowe) i zwiększenie albumin w stosunku do globulin.

Ze składników krwi odgrywają płytki decydującą rolę w krwawieniach przez zmniejszenie zdolności aglutynacyjnej wskutek zmian morfologicznych (formy młode) i wskutek trombastenji (bez zmian morfologicznych). Śledziona niszczy płytki.

Leczenie krwawień: znane jest samoistne ustanie krwawień po dużych krwotokach, niezależne od warunków miejscowych. Ze środków sztucznych biologicznie hamują krwawienia: przetoczenie krwi, wycięcie śledziony i naświetlanie śledziony promieniami Rtg. Słabiej działa własna krew i wstrzykiwania surowicy.

Wapń w różnych połączeniach hamuje krwawienia, na podstawie badań doświadczalnych autora klauden i żelatyna nie mają wpływu mimo korzystnych obserwacyj klinicznych.

Dieta alkaliczna (jarzynowa z dodatkiem 67—70 g dz. dwuwęglanu sodowego w wodzie alkalicznej) wpływa niekorzystnie, dieta zakwaszająca (mięso, 5—6 g chlorku amonowego w opłatkach) wpływa bardzo korzystnie. *H. Długosz* (Lwów).

Doustne odczulanie pokarmowych alergij. L. FIRGAU. Med. Klin. Nr. 27, 1933.

W przypadkach alergji pokarmowej (pokrzywka, migrena i t. d.) przy znanym wywoływaczu poleca autor na 3/4 do I godziny przed zjedzeniem pewnego alergenu spożyć bardzo małą część odpowiedniego wywoływacza. Leczenie to należy prowadzić codzień 3 do 6 tygodni.

Z. Godłowski (Kraków).

Odporność przeciwrakowa uzyskana na zwierzęciu doświadczalnym przez zastrzyk wyciągu ze skóry naświetlanej promieniami Roentgena i radu. E. URBACH, A. WIEDMANN. Med. Klin. Nr. 22. 1933.

Autorowie wykazali, że przez powierzchowne naświetlanie skóry promieniami Roentgena i radu można zadrażnić aparat retikulo-histjocytarny skóry, który wzmaga nieswoistą odporność, a uzyskane wyciągi z tak naświetlanej skóry są w stanie uniemożliwić rozwinięcie się raka u zwierzęcia doświadczalnego, co należy odnieść do silniejszego rozwoju systemu ret. histjocytarnego skóry, co również udało się wykazać na skrawkach histologicznych. *Z. Godłowski* (Kraków).

Badania nad mechanizmem działania pozapłucnego doprowadzania tlenu. E. FLAUM, I. KUGLER. Med. Klin. Nr. 24, 1933.

Flaum i Zimmermann, stomatologowie, zaobserwowali, że nadmuchiwanie dziąseł tlenem pod ciśnieniem 3 atmosfer w przypadkach rozległych zaników dziąseł przy współistniejącej nadtarczyczności wywołuje obniżenie spoczynkowej przemiany materji z równoczesnem polepszeniem się innych obj. nadtarczyczności. Autorzy tego artykułu stosując tę metodę w kilku przypadkach nadtarczyczności, nie stwierdzili tego działania. Wychodząc z założenia, że tlen najlepiej wchłania się z błon surowiczych, zakładali tlenową odmę opłucnową w tychże schorzeniach, jednak również bez wyniku. Następnie wtłaczali tlen w tkankę podskórną brzucha i przy tym sposobie stwierdzili znaczne obniżenie się przemiany podstawowej, co jednak utrzymywało się tylko kilka dni. Zjawisko to tłumaczą tem, że tlen wchłaniał się wolno z tkanki podskórnej, przez co badany oszczędzał tlen z zbiornika z aparatu Krogha podczas badania. Ostatecznie przychodzą do wniosku, że przez stosowanie podskórne tlenu nie można uzyskać dłużej trwającej poprawy w nadtarczyczności.

Z. Godłowski (Kraków).

Wpływ nadmiaru tłuszczów w pożywieniu na ilość czerwonych ciałek krwi. Przyczynek do dietetycznego leczenia czerwienicy. H. ROTHMANN, J. STERN, P. HOENE. Ztschr. f. klin. Med. B. 123. Str. 620—628.

Dodatek 100—200 g tłuszczu (masło, margaryna, oliwa) do zwykłej diety powoduje często zmniejszenie ilości ciałek czerwonych i procentu hemoglobiny u ludzi normalnych. Spostrzeżenie to wyzyskano do leczenia czerwienicy z dobrym skutkiem. Autorowie zwracają uwagę na nieracjonalność przeładowania tłuszczem diety rekonwalescentów i chorych gruźliczych.

H. Długosz (Lwów).

Czynnościowe zwężenie lewego ujścia żylnego przez guz lewego przedsionka. HERBERT LUDWIG. Ztschr. f. klin. Med. B. 123. 587—602.

Opis przypadku guza śluzakowego lewego przedsionka, który za życia wywoływał objawy zwężenia lewego ujścia żylnego, z postępującą niedomogą mięśnia sercowego *(myocarditis).* Autor

podkreśla częstość występowania *myocarditis* i niby — śluzakowych guzów lewego przedsionka; przypuszcza, że zmienione wsierdzie w *myocarditis* jest przyczyną powstawania zakrzepów, ulegających potem organizacji i przemianie śluzakowej. Na podstawie zebranych 20 przyp. z piśmiennictwa nie może podać pewnego objawu, świadczącego o guzach tego rodzaju. Przebiegają pod postacią: *myocarditis*, zakrzepów sercowych lub wad zastawki dwudzielnej. Nie reagują na naparstnicę.

H. Długosz (Lwów).

Zmiany w przypadkach pęknięcia serca (Przyczynek do występowania dusznicy bolesnej). R. JAFFE i K. BROSS. Ztsch. f. Klin. Med. B. 123, Str. 63—84.

Dokładne badanie makro- i mikroskopowe 9 przyp. nagłych pęknięć serca z miażdżycą i bez miażdżycy tętnic wieńcowych doprowadziło do wniosku, że pęknięcie serca jest następstwem martwicy mięśnia sercowego, martwicę powoduje zastój w końcowych naczyniach, wywołany na drodze odruchowej z naczynia rozszerzonego przed zwężeniem, zakrzepem lub skurczem. Rozważa się możliwość powstawania miażdżycy i zakrzepów wtórnie, wskutek spazmów naczyniowych. W ten sposób da się wytłumaczyć: występowanie kliniczne dusznicy i ognisk martwiczych przy niezmienionych, szerokich naczyniach, — przeciwnie, niewystępowanie tychże objawów mimo daleko posuniętych zmian w naczyniach, — wreszcie różny wiek ognisk martwiczych. Serce pęka wskutek zwiększenia ciśnienia śródsercowego i wskutek rozciągnięcia mięśnia sercowego aż do pęknięcia serca

H. Długosz (Lwów).

Kofeina jako bodziec wydzielniczy żołądka. P. WICHELS (Greifswald). Ztschr. f. klin. Med. B. 123. Str. 336—339.

Wprowadzone przez Katscha i Kalka frakcjonowane badania treści żołądka po kofeinie (0,2 na 300 wody wodociągowej) uważa autor za lepsze od alkoholowego (odurzenie). Kofeina podana domięśniowo i dodwunastnicowo wywołuje również wyraźne wzmożenie wydzielania soku żołądkowego.

H. Długosz (Lwów).

Odczyn Takata-Ara'y (modyfikacja Jezlera) w schorzeniach wątroby. CH. ROHRER. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 123. str. 637—648.

Odczyn Takata-Ara'y polega na skłaczeniu rozcieńczonej surowicy lub punktatów po dodaniu odczynnika z roztworu sublimatu i fuksyny, a spowodowany jest zaburzeniem stosunku albumin do globulin. Pierwotnie używano odczynu do rozróżniania pneumonji od bronchopneumonji, potem do badania płynu mózgowo-rdzeniowego dla odróżniania schorzeń kiłowych od niekiłowych. Ponieważ wątroba jest głównym regulatorem stosunku albumin do globulin, zmodyfikował Jezler odcz. Takata'y i wprowadził do badania sprawności wątroby. Dodatnio wypada odczyn w surowicy i płynie z jamy otrzewn. w marskości wątroby. Ujemny wynik nie wyklucza marskości. Dodatni wynik dają płyny zapalne z jamy opłuc. na tle gruźliczem. Odczyn Takata-Ara'y ma wyższość nad odcz. opadania ciałek czerwonych, gdyż opadanie zależy jeszcze od innych czynników, nietylko stosunku albumin do globulin.

H. Długosz (Lwów).

Czy wyciągi z błony śluzowej jelita grubego mają wpływ na poziom cukru we krwi? J. MONGUIÓ. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 123. str. 793—796.

Wprowadzenie wody do odbytnicy powoduje obniżenie poziomu cukru we krwi. Przyczyna mogłaby leżeć w wypłókiwaniu z błony śluzowej substancji obniżającej poziom cukru we krwi lub mogłaby być wywołana odruchem z kiszki grubej. Ponieważ wyciągi z błony śluzowej kiszki grubej nie obniżają poziomu cukru we krwi naczczo ani po obciążeniu cukrem (u królików) — autor przyjmuje za przyczynę hipoglikemji odruch z kiszki grubej.

H. Długosz (Lwów).

Sposób działania soli bizmutowych w chorobach żołądka i w chirurgji. G. LION. Pres. Méd. Nr. 26. 1933.

Autor porównywał działanie soli bizmutu na sok żołądkowy *in vitro*. Stwierdził, że zasadowy azotan bizmutu *(Bismuthum subnitricum)* zmienia się pod wpływem kwasu solnego na nierozpuszczalny tlenochlorek bizmutu i powstaje wolny kwas azotowy, natomiast węglan bizmutu tworzy w tych warunkach rozpuszczalny chlorek bizmutu, który może się częściowo wchłaniać i dlatego po podaniu węglanu bizmutu można w moczu wykazać bizmut. Podobne własności jak azotan posiada też tlenek bizmutu. Działanie azotanu bizmutu w nadkwaśności jest więc inne, jak działanie alkalizujące węglanu wapnia lub sodu czy też magnezu, ponieważ te sole dają z kwasem rozpuszczalne chlorki, pobudzające przez swój wpływ osmotyczny do jeszcze silniejszego wydzielania soku żołądkowego. Zewnętrzne stosowanie soli bizmutu okazało się w wielu przypadkach trującem, szczególnie przy użyciu na większych przestrzeniach. Autor oznaczał, w jakich warunkach rozpuszczają się łatwiej sole bizmutowe, i przekonał się, że w roztworze białka o reakcji obojętnej, a jeszcze lepiej w reakcji alkalicznej, węglan bizmutu dość łatwo się rozpuszcza, natomiast azotan i tlenek bizmutu rozpuszczają się tylko w śladach.

Skowroński (Lwów).

O wpływie żelaza podanego doustnie na florę jelitową. HAROLD LOTZE. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 175. H. 5. S. 505—519.

Na podstawie rozległych badań bakterjologicznych, stwierdził autor wybitny wpływ dużych dawek *ferr. reduct.* na florę bakteryjną przewodu pokarmowego. Po podaniu żelaza — ilość drobnoustrojów w kale (tlenowych i beztlenowych) szybko i wybitnie spadała — po przerwaniu leczenia znowu się podnosiła. To działanie bakterjobójcze tłumaczy czynnikiem adsorbcji i zmiany stężenia jonów wodorowych — wnioskując, że dotychczasowe poglądy na mechanizm działania żelaza należy o ten czynnik bakterjobójczy rozszerzyć.

Wł. Musial (Lwów).

O biologicznem znaczeniu bromu w ustroju. CHARVAT i B. HEJDA. Časop. Lék. Česk. Z. 11. R. 1933.

Autorzy badali metodą Bernhardt-Ucka poziom bromu we krwi u 30 osobników zdrowych, jakoteż chorych, cierpiących na rozmaite schorzenia, zwłaszcza wewnętrznego wydzielania. Metoda Bernhardt-Ucka zdaniem autorów jest bardziej pewna (metoda kolorymetryczna, przy której odczytuje się w szeregu probówek, zależnie od rozcieńczenia, wartości z dokładnością wzgl. z błędami 0.00005 g bromu) pewniejsza od metody Romanowa (ze szkoły Pinkussena), której używali Zondek i Bier. Pinkussen przyznał sam, że metoda Romanowa daje dobre wyniki tylko w rękach dobrze wyćwiczonego chemika, zaś Fleischhacker i Schneider w tym samym zeszycie *(Kl. Woch.* 1932, z. 11. str. 1550) uznali ją wprost za błędną. Metoda Bernhardta i Ucka jest również trudna i wymaga rutyny.

Autorzy nie mogli potwierdzić, aby poziom bromu we krwi był wartością stałą. Niskie wartości znajdowali u osób, które nie cierpiały na depresję. Naodwrót w przypadku obłąkania napromiennego z melancholją znaleźli tak wysokie wartości, że wątpią w pewność tychże, przyczem pacjentka nie była leczona bromem. Nie mogli stwierdzić, aby poziom bromu był w któreiś z badanych jednostek chorobowych stale zmieniony. Tak w przypadkach hipertyreozy znaleźli wartości niskie, prawidłowe i wysokie, przyczem niezależne one były od wysokości przemiany podstawowej. Również w nadciśnieniu nie widzieli jakiejś zależności od wysokości ciśnienia krwi. U tych chorych, którzy używali bromu przez dłuższy czas, poziom bromu we krwi był zwiększony.

Autorzy zgadzają się z poglądem, że brom, jako halogen, posiada biologiczne znaczenie w ustroju, zgadzają się, że właśnie przedni płat przysadki mózgowej posiada tyle bromu, wątpią jednak, aby możliwem było dzisiaj oznaczyć wartość bromu w ustroju z taką pewnością, jak tego chcą Zondek i Bier. Do tego konieczne są przedewszystkiem prostsze i bardziej pewne mikrometody. Metodę, której autorzy używali, kontrolowali na ściśle oznaczonych roztworach bromowych i osiągnęli dobre wyniki. Lecz badanie krwi lub surowicy jest tak złożone, że nawet przy wielkiej ostrożności niemożliwem jest uchronić się przed błędami. Oprócz tego niezbędnem jest jeszcze analizować wszystkie wpływy wewnętrznego ośrodka, któreby mogły zmieniać stężenie bromu we krwi, mianowicie poziom jodu i chlorków we krwi, objętość krwi wzgl. lepkość krwi oraz inne jeszcze okoliczności.

Okres nie jest jeszcze dojrzały do wydania wyroku, że przedni płat przysadki mózgowej jest narządem regulującym krążenie bromu w ustroju. Co się zaś tyczy znaczenia bromu dla snu, oczekujemy potwierdzenia.

Ungar (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Naukowe uzasadnienie wczesnego wstawania po zabiegach operacyjnych. V. DIMITRIU i N. COVALI. Revista de Chirurgie. Nr. 11, 1932.

W klinice Juvara wstają chorzy po zabiegach na głowie, szyi, twarzy, kl. piersiowej, kończynach górnych, przepuklinach brzusznych po 24 godz., po apendektomjach i usunięciu woreczka żółciowego po 48 godz., po wielkich operacjach brzusznych bez sączkowania po 3 dniach. Autorzy twierdzą, że krążenie leukocytarne, mające tak wielkie znaczenie dla zwalczania drobnoustrojów, dostających się do ustroju przez ranę wzgl. z prze-

wodu pokarmowego, jest po zabiegu operacyjnym znacznie upośledzone spowodu blokady układu śródbłonkowo-siateczkowego, przez który — jak wiadomo — przechodzą ciałka białe do dróg chłonnych. Autorzy badali ilość c. białych przed pierwszem opuszczeniem łóżka i w godzinę po 10—20 min. spacerze. Okazało się, że ilość c. b. zwiększała się znacznie; najmniej różnicy wykazywali chorzy hirudynizowani. Autorzy polecają zatem stosowanie hirudyny, mającej zdolność normowania krążenia leukocytarnego, w zabiegach, wykluczających wczesne wstanie.

A. Abdański (Krzemieniec).

Pęknięcia zakryte wrzodu żołądka. HARTGLAS i GRENFELD. Pres. Méd. Nr. 25. 1933.

Autorowie podają kilka obserwacyj pęknięcia żołądka, w których po silnych alarmujących objawach, w kilka godzin prawie wszystko ustąpiło tak, że wahano się, czy należy wykonać zabieg operacyjny. W takich wypadkach nie należy zwlekać z operacją, ponieważ niepokojące objawy pęknięcia ustępują wskutek zakrycia wrzodu przez sąsiednie narządy. Rozpoznanie ułatwiają wywiady, wskazujące na poprzednio istniejące zaburzenia żołądkowe, czasem można też stwierdzić nieznaczne bóle i napięcie mięśni brzucha w okolicy pęknięcia.

Skowroński (Lwów).

Zapalenie wyrostka robaczkowego a guzy krwawnicowe. POENARU CAPLESCO. Revista de Chirurgie. Nr. 11. 1932.

Autor doszukuje się związku między *„appendicitis latens"* jako czynnikiem wywołującym a guzami krwawnicowemi, powstającemi często wskutek zaparcia stolca. Słuszność swego zapatrywania stwierdził na 23 przez siebie operowanych chorych.

A. Abdański (Krzemieniec).

Samoistne pęknięcie pęcherza moczowego u kobiety. I. JONESCO-MILTIADE i P. TEODORU. Revista de Chirurgie. Nr. 11, 1932.

Autorzy donoszą o przypadku samoistnego pęknięcia pęcherza moczowego u kobiety 35-letniej, u której nie stwierdzono ani anamnestycznie ani na sekcji śladów urazu wzgl. innej przyczyny, tłumaczącej pęknięcie. Drobnowidowo przedstawiał pęcherz mocz. obraz podostrego nieżytu. Według Bartelsa, Rivingtona i Stubenrauscha 90—92% pęknięć pęcherza spotyka się u mężczyzn, u kobiet przeważnie w związku z uszkodzeniami porodowemi lub pobliskiemi nowotworami. Możliwe jest też pęknięcie uszkodzonej np. procesem zapalnym ściany pęcherza przy równoczesnem jej znieczuleniu po spożyciu znacznej ilości alkoholu.

A. Abdański (Krzemieniec).

Leczenie acetylcholiną w złamaniach kości. R. FISCHER. Pres. Méd. Nr. 24. 1933.

Przy złamaniach w okolicy stawu albo przy długotrwałem unieruchomieniu kończyny zdarzają się często trwałe przykurcze lub ankyloza stawu z bólami i zmianami troficznemi kości. Postępowanie lecznicze mechanoterapeutyczne, stosowanie hormonu przytarczowego lub sympatektomji nierzadko jest w stanie zapobiec lub usunąć te zmiany. Autor stosował w tym celu acetylcholinę zazwyczaj codziennie przez okres 2 miesięcy. Podaje kilkanaście przypadków, w których pod wpływem takiego leczenia znikała osteoporoza, przykurcze i zanik mięśni oraz bóle, a chorzy znacznie wcześniej niż zazwyczaj mogli wykonywać ruchy. Zwykle wystarczało 15—20 zastrzyków po 0,1 g acetylcholiny. Zastanawiając się nad mechanizmem działania leczniczego tego środka, przyjmuje, że prócz rozszerzenia naczyń krwionośnych acetylcholina posiada wpływ na przemianę materji, mianowicie zwiększa ona poziom wapnia we krwi i alkaliczność soków, co przyczynia się do szybkiego uwapnienia tkanki kostninowej i zapobiega rozpuszczaniu kości.

Skowroński (Lwów).

O wczesnem rozpoznaniu nabłoniaka kosmówkowego na podstawie czterech własnych przypadków. GASQUET (Paris). Soc. Fr. de Gyn. 1933. Z. 4.

W przypadkach nabłoniaka kosmówkowego operacja wykonana wczas ma doniosłe znaczenie, gdyż zapobiega ona tworzeniu się przerzutów. Autor radzi, nie czekając wyniku badania histologicznego, operować natychmiast, jeżeli występują 3 główne objawy: 1) stałe krwawienie cuchnące, 2) powiększenie sie trzonu macicy o konsystencji nieodpowiadającej włókniakom i 3) dreszcze i nieznaczne wzniesienia ciepłoty (dreszcze oznaczają, zdaniem autora, tworzenie się przerzutów).

H. Newlińska (Lwów).

Częstość i przyczyny przedwczesnych porodów. D. P. MURPHY, J. Z. BOWMAN (Philadelphia, Pa.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Autorzy badali 238 porodów przedwczesnych, które stanowią 8% wszystkich porodów, odbytych w dwóch szpitalach uniwersyteckich. Jako przedwcześnie urodzone uważali autorzy dzieci od 1500 do 2500 g. W 111 przypadkach była znana przyczyna. Było nią zatrucie ciążowe (28 razy), ciąża bliźniacza (15 r.), przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego (12 r.), łożysko przodujące (7 r.), mięśniaki macicy, torbiele jajników, wielowodzie, kiła (21 r.), i t. p. sprawy chorobowe. 47 razy t. j. w 19.7% przyp. poród przedwczesny został wywołany umyślnie przez lekarza, natomiast w 191 przyp. t. j. w 80.3% wystąpił on samoistnie. Z tych 191 przyp. tylko w 80 przyczyna była wiadoma. Czyni to 41.9% przyp. Co się tyczy wieku rodzących, to najwięcej było kobiet poniżej 19 roku życia.

K. Wiślański (Lwów).

Przyczyny żółtaczki noworodków. ANSEHNINO i HOFFMANN. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 1.

Autorowie uważają wystąpienie żółtaczki u noworodków za objaw reaklimatyzacji. Zdaniem ich, względny brak tlenu u płodu wewnątrz macicy powoduje pewne objawy wyrównania, a przedewszystkiem tworzenie się nadmiernej ilości hemoglobiny, która po urodzeniu się płodu pod wpływem dobrego zaopatrywania go w tlen ulega przemianie na bilirubinę. Podobny objaw występuje u turystów górskich po ich powrocie w dolinę (reaklimatyzacja).

K. B. (Lwów).

Trzy przypadki krwotoku z pękniętego ciałka żółtego. J. P. GREENHILL (Chicago Ill.). Amer. J. of. Obs. a. Gyn. XXII. Nr. 6.

W jednym przypadku pęknięcie ciałka żółtego wystąpiło skutkiem dwuręcznego badania w znieczuleniu. Dwa inne przypadki operowano z rozpoznaniem pękniętej ciąży zewnątrzmacicznej i dopiero podczas operacji przekonano się o właściwej przyczynie. Wszystkie trzy chore wyzdrowiały.

K. Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 4 października 1933 roku.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1) Prezes złożył sprawozdanie z przejęcia przez Towarzystwo Lekarskie fundacji śp. dra Mączki. (Szczegółowe sprawozdanie będzie ogłoszone drukiem).

Przyjęto po odbytem głosowaniu na członka T-wa kol. dra Piotrowskiego Ludwika.

Prezes apeluje do członków Towarzystwa, aby poparli składkę na cele budowy Muzeum Narodowego w Krakowie.

2) Prof. dr. F. Walter, Dyrektor Kliniki Dermatologicznej U. J. wygłosił odczyt p. t.: „Profilaktyka i leczenie kiły wrodzonej". (Rzecz ogłoszona drukiem).

W dyskusji zabierali głos: prof. Kostrzewski, dr. Weinsberg, następnie doc. Pawlas nawiązując do poruszonej przez prelegenta sprawy sterylizacji przy pomocy barwików akrydynowych (gonakryny) podaje, że odpowiedniemi do ludzkich dawkami doprowadził do zupełnie pewnej sterylizacji samic mysich, w przeciwieństwie do niepewnych wyników u samców. Sterylizacja przychodzi do skutku na drodze hormonalnej.

Doc. Szymanowicz tłumaczy prawdopodobne przechodzenie krętków bladych przez łożysko do płodu dopiero w IV. miesiącu ciąży, zanikiem warstwy Langhansa w ścianie kosmków.

Następnie dr. Stopczański zwraca uwagę na trudność decyzji co do karmienia i leczenia noworodka, o ile matka nabyła kiłę w ostatnich tygodniach ciąży, gdzie noworodek nie musi się urodzić z kiłą wrodzoną a może ją nabyć w czasie karmienia.

W odpowiedzi prelegent udzielił wyczerpujących wyjaśnień na zadane mu pytania.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 11 października 1933 roku.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1) Dr. Kazimierz Karelus prymarjusz oddziału ocznego szpitala OO. Bonifratrów w Krakowie wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ organów płciowych kobiecych na narząd wzrokowy". (Praca przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos prof. dr. K. Majewski, następnie płk. dr. Rosenbauch, który zwraca uwagę, że zbyt łatwo łączymy najróżniejsze choroby oczne czyto z menstruacją, czy też z okresem przekwitania, trzeba być ostrożniejszym. Kol. dr. Frommer zaznacza, że już w r. 1880 opisał angielski badacz Power zmiany wzrokowe pod wpływem chorób kobiecych. Od tego czasu istnieje już bardzo znaczne piśmiennictwo i liczne monografje zajmują się zmianami wzrokowemi po nagłem ustąpieniu miesiączki, jak również w ciąży, a zwłaszcza w toksykozach porodowych. W szczególności ginekologów obchodzą znane przypadłości oczne w okresie pre-eklamptycznym, jako jedne z pierwszych zwiastunów rzucawki, oraz podczas drgawek porodowych. Kol. Frommer podnosi koincydencję opisanych zmian wzrokowych w toksykozach porodowych i w zatruciach egzogenicznych zwłaszcza przy zatruciach arsenem i fosforem, na którą niejednokrotnie w swych pracach zwracał uwagę. Wobec tego zaleca Kol. Frommer w odpowiednich przypadkach szczegółowe badanie na zawartość arsenu w organiźmie. Kol. Dr. Reiner uważa, że nie wystarczy przypuszczać związek między jajnikami a różnemi chorobami oczu, lecz należy związek ten udowodnić. Istnieje ten związek bezwzględnie w wielu schorzeniach, trudno jest jednak mówić o związku jajnika z okiem, jeśli u osoby miesiączkującej wystąpi np. *scleritis* lub *chorioditis*, taksamo jak trudno możnaby mówić o związku lub wpływie płuc na oko, jeśli u chorego z pneumonją wywołaną przez pneumokoki wystąpiłby *ulcus serpens corneae*, też przez pneumokoki wywołany.

Doc. Szymanowicz zgadza się ze zdaniem przedmówców i również zaznacza, że mimo bezwzględnego istnienia wpływu, jaki narządy rodne kobiece wywierają na narząd wzrokowy, to jednak wpływ ten nie tak wybitnie i często w praktyce daje się spostrzegać.

Dr. Karelus udzielił wyjaśnień, poczem posiedzenie zamknięto.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18 października 1933 roku w sali wykładowej Zakładu Anatomji patolog. U. J.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1) Kol. Kowalczykowa (gość T-wa) przedstawiła preparat z przypadku gruczolako-raka przełyku. (Przypadek będzie ogłoszony drukiem).

2) Kol. Wadoń (gość T-wa) przedstawił preparat grasiczaka śródtchawiczego. (Przypadek przeznaczony do ogłoszenia drukiem).

W dyskusji Prof. Ciechanowski zwraca uwagę, że pokazane przypadki należą do najrzadszych zjawisk i są one pierwszemi ogłoszonemi w literaturze.

3) Prof. Ciechanowski pokazuje mikroskop wyrobu krajowego, zwracając uwagę na jego zalety i stosunkowo niską cenę.

4) Kol. Kowalczykowa wygłosiła wykład p. t. „O t. zw. *medionecrosis aortae*, stanach pokrewnych i ich stosunku do pęknięć aorty". (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Kol. dr. Schwarzbart zwraca uwagę na spostrzegane często przez klinicystów, a zwłaszcza przez laryngologów krwawienia z górnych dróg oddechowych — przedewszystkiem z nosa —, które być może zależą od zmian analogicznych do opisanych przez prelegentkę w tętnicy głównej. Wskazane byłoby przeprowadzenie badań anatomicznych w wycinkach śluzówki w takich przypadkach.

5) Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski wygłosił odczyt p. t.: „Próba charakterystyki polskich endemij wola". (Rzecz ukaże się w druku).

Dyskusję nad powyższym wykładem odroczono do dnia 29 listopada b. r.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół XIII Posiedzenia odbytego dnia 26 kwietnia 1933 r. łącznie z Wileńskiem Tow. Ginekologicznem.

Przewodniczący: Prof. Dr. med. Wł. Jakowicki.

Przed rozpoczęciem porządku dziennego przewodniczący wzywa obecnych do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłych ś. p. Rektora Alfonsa Parczewskiego i b. p. Dr. Grzegorza Giecowa, b. wiceprezesa Wil. T-wa Lekarskiego.

Dr. E. Sedlis wygłasza następnie nekrolog b. p. Dr. G. Giecowa.

1. Dr. Michejdzina — przedstawia przypadek *Erythema mycoticum infantile* na pośladkach w okolicy odbytu u 1-miesięcznego niemowlęcia. Choroba spotykana rzadko, odróżniająca się od zwykłego wyprzenia charakterystycznemi wykwitami na skórze w formie małych płaskich guzków, pokrytych drobnemi łuskami. Gdzieniegdzie guzki te zlewają się i tworzą charakterystyczny obraz girland. Przyczyną tych zmian jest grzybek *oidium albicans*, ten sam, który powoduje pleśniawki *(soor)* na błonie śluzowej u dzieci.

2. Prof. Dr. Jakowicki demonstruje *dwa preparaty ciąży trąbkowej obumarłej* w II i V miesiącu i chorą, u której rozpoznaje obumarłą od 14-tu miesięcy ciążę pozamaciczną VII-miesięczną.

Pokaz uzupełnia rentgenogramami wykonanemi przez Dr. St. Januszkiewicza.

3. Dr. Achmatowicz demonstruje preparat *wyciętej macicy z tkwiącą w szyi macicy pałeczką blaszecznicy i 80 cm długi odcinek jelita cienkiego, oraz chorą.*

Chora R., lat 28, mężatka w styczniu r. b. udała się do akuszerki w celu spędzenia płodu (III-mies. ciąży). Następnego dnia po założeniu blaszecznicy akuszerka usiłowała usunąć ją, lecz sznurek się oderwał. Wskutek dalszych manipulacyj narzędziem chirurgicznem powstało przedziurawienie macicy. Chora była operowana przez prelegenta w 14 godz. po wypadku. Badaniem zestawionem stwierdzono, że w pochwie leży oderwana od krezki pętla jelita cienkiego, która przedostała się przez kanał szyi. Operacja polegała na usunięciu całkowitem macicy i resekcji oderwanej od krezki pętli jelita. W przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się przetoka kałowa, obecnie już zagojona.

W dyskusji: Doc. Zaleski zapytuje, czy były objawy zakażenia oraz przytacza dane liczbowe autorów rosyjskich z ostatnich lat (Madżuginskij, Syrowatko), dotyczące przerywania ciąży, a sięgające 6—7 tysięcy rocznie dla poszczególnych zakładów Moskwy. Wreszcie omawia postępowanie lecznicze w przypadkach przebicia macicy.

4. Prof. Dr. J. Jakowicki demonstruje *guzy jajników o charakterze guzów Krukenberg'a i preparaty mikroskopowe z nich.*

Chora zgłosiła się do prelegenta przed 2-ma miesiącami spowodu dolegliwości w narządzie rodnym (bóle, krwawienia). Obok mięśniaków macicy i guzów jajnika stwierdził wtenczas opór w okolicy żołądka i skierował chorą do Kliniki Wewnętrznej II-giej. Z rozpoznaniem wrzodu żołądka pacjentka była następnie poddana zabiegowi operacyjnemu w Klinice Chirurgicznej. Rozległe zrosty i nacieki dookoła żołądka uniemożliwiły zabieg radykalny. Mimo uzasadnionego podejrzenia co do daleko posuniętej sprawy nowotworowej, pacjentka znacznie się poprawiła, jednocześnie guzy jajnika zaczęły bardzo szybko wzrastać i zjawił się płyn wolny w jamie brzusznej. Wobec niezgodności w rozpoznaniu Kliniki Wewnętrznej i Chirurgicznej dokonał operacji usunięcia guzów jajników.

Mikroskopowe badanie wykazuje utkanie raka jajnika z bardzo obfitem podścieliskiem łączno-tkankowem. Zdaniem Prof. Opoczyńskiego komórki rakowe nie są całkiem typowe dla guzów Krukenberg'a, jakkolwiek miejscami mają charakter pęcherzykowy.

W dyskusji: Prof. Dr. Michejda zaznacza, że chorą, demonstrowaną przez Prof. Jakowickiego, operował w dn. 9. II. 1933 r. z rozpoznaniem wrzodu żołądka. Rozpoznania tego na podstawie oględzin żołądka potwierdzić nie mógł. Stwierdził bowiem na krzywiźnie dużej w dość znacznej odległości od odźwiernika obecność guza nieruchomego, wielkości dłoni dziecka, o powierzchni i brzegach nierównych i twardych, dnie kraterowatem. Guz ten przechodził na więzadło żołądkowo-okrężnicowe, a od strony tylnej na *mesocolon*, na trzustkę. Wygląd i zachowanie się guza przemawiało za naturą nowotworową, a stopień jego rozrostu czynił radykalną operację zupełnie niemożliwą. Zdaje sobie sprawę z tego, że rozpoznanie wrzodu modzelowatego od nowotworu może być trudne, a trudności te mogą być źródłem pomyłek, jednakże w danym przypadku objawy wydawały się być tak typowemi dla nowotworu, że nie miał podstaw do przypuszczenia, aby mogło chodzić o co innego, jak o sprawę nowotworową.

Dr. Klukowski zaznacza, że chora, którą operował Prof. Jakowicki, przebywała w II Klinice Wewnętrznej U. S. B. dwukrotnie. Po raz pierwszy zgłosiła się w styczniu b. r. z tem, że będzie poddana zabiegowi operacyjnemu spowodu guza macicy, ale że przedtem ma być wyjaśniona przyczyna dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, na jakie cierpi od lat czterech.

Badanie wykazało wzmożoną kwasotę treści żołądkowej (75/40), brak krwi utajonej w stolcach, na prześwietlaniu stwierdzono wielką niszę na krzywiźnie dużej, oraz zniekształcenie żołądka.

Chorą poddano zabiegowi operacyjnemu, podczas którego znaleziono naciek w postaci guza na krzywiźnie dużej oraz rozległe zrosty żołądka z otoczeniem, co uniemożliwiło dokonanie zabiegu operacyjnego.

W trzy tygodnie po operacji chora zgłosiła się ponownie do Kliniki. Zastosowano leczenie jak we wrzodzie okrągłym żołądka. Po miesięcznym pobycie, w dniu wyjścia, stwierdzono znaczną poprawę w obrazie morfologicznym krwi, brak krwi utajonej w stolcach. Prześwietlanie Roentgenem wykazało znaczne zmniejszenie się niszy na krzywiźnie dużej żołądka.

Dr. St. Januszkiewicz zaznacza, że podczas pierwszego badania radjologicznego stwierdził u pacjentki żołądek dwudzielny z przewężeniem *ca* w połowie jego trzonu. W miejscu tem na krzywiźnie większej nieco ku tyłowi widoczna była nisza wielkości opuszki kciuka. Brzegi jej znacznie zgrubiałe, zupełnie gładkie. Ruchomość oddechowa była zachowana, ruchy bierne w kierunku poziomym znacznie ograniczone. Przy dobranym ucisku i na zdjęciach upatrzonych dobrze były widoczne nieco zgrubiałe fałdy śluzówki, nieprzerwanie zbiegające się od góry i od dołu do miejsca zwężenia.

Badania wykonane po paru tygodniach dały wynik identyczny — jedynie zwężenie wydatnie się zmniejszyło. Po dalszych paru tygodniach systematycznego leczenia stwierdził zmniejszenie się niszy, jej zwężenie zwłaszcza zm. w. do 1/3 wymiarów poprzednich; przewężenie żołądka znów się wzmogło. Początkowo wyraźna bolesność uciskowa miejsca owrzodziałego ustąpiła zupełnie.

Na podstawie pierwszego badania rozpoznał wrzód żołądka z pozostawieniem możliwości błędu, którego prawdopodobieństwo zmalało w wyniku badań późniejszych.

Nie mogąc absolutnie wyłączyć możliwości rozpoczynającego się zwyrodnienia złośliwego, uważa, że w każdym razie pierwotną sprawą było owrzodzenie.

Prof. Dr. A. Januszkiewicz stwierdza, że w danej chwili żaden z nas nie może z całą pewnością rozstrzygnąć, czy pacjentka w okresie zamierzonej operacji żołądka miała początki zwyrodnienia nowotworowego w zbliznowaciałej tkance okołowrzodowej. Obserwacja kliniczna ustaliła u niej typowy obraz radjologiczny wrzodu okrągłego na krzywiźnie dużej przy wysokiej kwasowości soku żołądkowego i braku krwi utajonej w stolcu oraz przy dobrym stanie ogólnym, dobrym stanie krwi i utrzymującej się wadze ciała. Naciek dokoła owrzodzenia i zrosty, przewężające żołądek i zespalające go z jelitem poprzecznem mogły powstać wyłącznie wskutek sprawy zapalnej. W tych warunkach nie było podstawy do rozpoznania nowotworu złośliwego żołądka. Jeżeli tak jest istotnie — guzy jajnikowe powstały niezależnie od sprawy w żołądku. Jeżeli jednak w najbliższym czasie wystąpią u chorej objawy złośliwego nowotworu żołądka — wypadnie przyjąć, że zaczątek jego powstał znacznie wcześniej i dał przerzuty, nie wywołując jednak przez czas dłuższy żadnych miejscowych zmian charakterystycznych.

5. Dr. Łuczyński demonstruje z Kliniki Położn.-Ginekolog. U. S. B. *„kamień"* usunięty z pęcherza u chorej z przetoką pęcherzowo-pochwową, jaka się wytworzyła w przebiegu ropnego zapalenia przymacicza: podczas zabiegu operacyjnego na prowincji wprowadzono do przedniego przymacicza cewnik gumowy, który pozostawiono w ciągu 2 miesięcy. „Kamieniem" okazał się kawałek cewnika gumowego impregnowany solami moczowemi.

6. Dr. Sedlis wygłasza referat p. t.: *„Zagadnienie międzypłciowości w świetle badań biologicznych i klinicznych"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarz Wil. T-wa Ginekolog.: *Dr. H. Bujwid-Dźwillowa.*

Protokół XIV Posiedzenia odbytego dnia 10 maja 1933 r. wspólnie z Polsk. Tow. Przyrodników im. Kopernika.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wł. Jakowicki.

1. Po odczytaniu wspomnienia pośmiertnego przez Dr. Świeżyńskiego uczczono przez powstanie pamięć ś. p. Dr. Leona Klotta, zmarłego dnia 3 maja b. r.

2. Prof. Dr. Michejda przedstawia chorego K. J., który był w dniu 3. I. 1925 r. operowany w Klinice Chirurgicznej U. S. B. spowodu raka odbytnicy. (Hist. choroby Nr. 306 z roku szkoln. 1924/5). Miał wówczas lat 55 i był wdowcem. Chorował od półtora roku. Przy badaniu stwierdzono obecność niezupełnie okrężnego guza w obrębie kiszki prostej *(ampulla recti)*. Guz miał wygląd zupełnie typowy dla raka, górny jego koniec palcem nie był dosięgalny.

Wykonano amputację kiszki stolcowej metodą krzyżową z założeniem otworu stolcowego krzyżowego. Badanie histologiczne przeprowadzone przez P. Prof. Opoczyńskiego w Zakładzie Anatomji Patolog. U. S. B. wykazało gruczolako-raka *(adenocarcinoma)* kiszki stolcowej. Obecnie chory jest zupełnie zdrów, oddaje stolec normalnie. Jest jako administrator kilku kamienic, bardzo czynnym. Prowadzi normalne życie towarzyskie. W trzy lata po operacji ożenił się powtórnie.

Zgórą 8 lat przebiegu bez nawrotu pozwala mówić o wyleczeniu trwałem.

3. Dr. Trzeciak omawia 4 przypadki z Oddz. Chirurgicznego kobiecego Szpitala Św. Jakóba. 2 przypadki *gruźlicy nerek* zaniedbanej ze zrostami z otoczeniem, z pokazem preparatów i 1 przypadek *roponercza* z pokazem chorej zupełnie wyleczonej, u której ze względu na zrosty i przebicie do otrzewnej musiał pozostawić kawałek torby, średnicy kilku centymetrów z dwoma uchyłkami, które naciął i następnie zapuszczał emulsję jodoformową. Przypadek 4-ty dotyczy chorej 94-letniej z *ropowicą* w okolicy pachwinowo-udowej prawej po przepuklinie uwięźniętej od tygodnia z uwięźnięciem wyrostka robaczkowego. Sączkowanie bez założenia przetoki. Przebieg pooperacyjny gładki.

4. Dr. Sedlis wygłasza referat p. t.: *„Zagadnienie międzypłciowości w świetle badań biologicznych i klinicznych"* (II-ga część referatu wygłoszonego na posiedzeniu Wil. T-wa Lekarsk. wspólnego z Wil. T-wem Ginekolog. w dniu 26. IV. b. r.).

Na początku prelegent zatrzymuje się szczegółowo nad zagadnieniem powstawania płci wogóle oraz nad stosunkiem, zachodzącym w tym procesie między czynnikami genetycznemi a hormonalnemi.

W związku z dwoma przypadkami klinicznemi, obserwowanemi i operowanemi przez niego, prelegent porusza kwestję obojnactwa z punktu widzenia biologicznego i omawia szczegółowo zagadnienie międzypłciowości zygotycznej i hormonalnej.

Jeden ze swoich przypadków prelegent traktuje jako interseksualizm zygotyczny żeński silnego stopnia, drugi zaś — jako interseksualizm hormonalny na tle nadczynności istoty korowej nadnercza.

W dyskusji: Prof. Jakowicki zaznacza, że po wojnie stwierdza się coraz więcej przypadków z zaburzeniami rozwoju narządów płciowych, co się zaś tyczy badań interferometrycznych na gr. dokrewne, to nie dają one takich zachwycających wyników, któremi entuzjazmuje się Hirsch, tablice Zimmera są szablonem małowartościowym, gdy chodzi o tak skomplikowane stosunki, jakie mają miejsce w układzie gr. wewn. wydzielania.

5. Dr. Rywkind przedstawia chorego *z ropowicą oczodołu pochodzenia nosowego.*

U chorego z ropnem zapaleniem zatok sitowych wskutek skrzywienia przegrody nosowej i utrudnienia odpływu przez jamę nosową, ropa przebiła *laminam papiraceam* i przedostała się do oczodołu, wywołując ropowicę pozagałkową z wytrzeszczem gałki, upośledzeniem wzroku i silnemi bólami głowy.

Odchylenie przegrody i wypuszczenie ropy doprowadziło do szybkiego wyleczenia.

6. Prof. Hiller wygłasza referat p. t.: *„Badania doświadczalne nad protoplazmą komórki zwierzęcej"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarz T-wa: *J. Ryll-Nardzewska.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

W Paryżu zmarł Prof. Dr. Piotr Roux, dyrektor Instytutu Pasteur'a.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XXXVI posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 3 listopada b. r. 1) Kol. Węgrzynowski, czł. Twa: Przypadek przerzutów nowotworowych w płucach (pokaz przypadku). 2) Kol. Bocheński, czł. Twa: Granice porodu siłami natury (wykład). 3) Kol. Mierzeczki, czł. Twa: Zastosowanie przetworów krajowej ropy naftowej i ich połączeń w lecznictwie (wykład).

VIII. Kongres Międz. Med. i Farm. Wojsk. odbędzie się w Bukareszcie w jesieni 1935 r. Udział w tych zjazdach biorą również lekarze rezerwy. Tematy programowe: 1) organizacja służby zdrowia w wojnie górskiej; 2) określenie przydatności do różnych specjalności wymaganych w armjach; 3) następstwa zranień brzucha; 4) metody analizy produktów racji żywnościowej żołnierza, 5) dentystyka na froncie; 6) służba administracyjno-sanitarna w armjach lądowej, morskiej i powietrznej. Korespondencję kierować należy do Dep. Zdrowia M. S. Wojsk.

Sprawy zawodowe.

Redakcja Lekarza Wojskowego wzywa kolegów pracujących w marynarce do pracy teoretycznej nad higjeną, fizjologją i patologją marynarza, zwracając szczególną

uwagę na warunki życia nurka i obsady łodzi podwodnych. Niemniej ciekawych spostrzeżeń może dostarczyć życie na statku handlowym, pasażerskim czy też kutrze rybackim a także w porcie i na wybrzeżu. Apel Lek. Wojsk. można tylko gorąco poprzeć, zwracając uwagę naszej medycyny w kierunku morza.

Prasa ogłasza następujące wyjaśnienie Naczelnej Izby Lekarskiej: Jeżeli czyn lekarza kasowego wobec pacjenta Kasy Chorych spowodował szkodę temu pacjentowi, a wina szkody leżała w działalności lekarza, niezależnej od warunków, na które on nie ma wpływu, — to w takim wypadku wobec pacjenta za zdziałaną szkodę odpowiadają solidarnie Kasa Chorych i lekarz. W wypadku, gdy pacjent zwrócił się w poszukiwaniu odszkodowania tylko do Kasy Chorych — Kasa ma wówczas prawo regresu do lekarza. Jeżeli czyn lekarza kasowego wobec pacjenta spowodował szkodę temu pacjentowi, a wina szkody leżała w warunkach pracy lekarza, zależnych wyłącznie od Kasy chorych — to w takim wypadku wobec pacjenta za zdziałaną szkodę odpowiada tyko Kasa Chorych.

Medycyna społeczna.

Na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów weszła w życie od 1 listopada b. r. ustawa o ubezpieczeniu społecznem z marca 1933 r. w odniesieniu do pracowników rolnych. Przestali oni podlegać obowiązkowi ubezpieczenia w Kasach Chorych, natomiast zyskali prawa do świadczeń od pracodawców rolnych na warunkach określonych ustawą.

Monitor Polski Nr. 253 donosi o szczegółach umowy polsko-gdańskiej, jaka zostanie zawarta na podstawie dotychczasowych rokowań w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Umowa obejmie: ubezpieczenie na wypadek choroby, od wypadków, ubezpieczenie pracowników umysłowych i inwalidów. Umowa opiera się na zasadzie zrównania w uprawnieniach obywateli Polski z obywatelami Gdańska i zachowania tych uprawnień w razie przejścia z ubezpieczenia emerytalnego jednej strony do ubezpieczenia emerytalnego drugiej.

Różne.

Przywóz wytworów przemysłu farmaceutycznego z Niemiec do Polski w I półroczu 1933 r. wynosił 1,37 milj. marek (2.9 milj. zł). W porównaniu z takim okresem ubiegłego roku zaznaczył się przyrost o 36%.

Komunikaty.

Wydział Zdrowia P. Mgtu m. Lwowa przypomina kolegom lwowskim o obowiązku nadesłania wykazu chorych wenerycznych za czas 1—31 X. b. r. którzy zgłosili się do lekarzy wolno-praktykujących. Odpowiednią kartkę statystyczną odesłać należy nawet z wynikiem ujemnym, jako przesyłkę, wolną od opłaty pocztowej, do Oddziału Zwalczania Chorób Zakaźnych, pl. Misjonarski 2.

W okólniku z 14. X. b. r. Min. Opieki Społ. prosi Panów Wojewodów o poparcie dorocznych „Dni Przeciwgruźliczych“, które odbędą się w zwykłym okresie od 1 grudnia 1933 r. do 10 stycznia 1934 r. „Znaczek Przeciwgruźliczy“ ma znaczenie propagandowe i jest niejednokrotnie źródłem funduszów na prowadzenie akcji przeciwgruźliczej, która byłaby poważnie zachwiana bez dopływu środków z tego źródła. Trudniejsze obecnie warunki finansowe wpłynęły na zmniejszenie dochodów ze „znaczka“. Należy jednak zrobić wysiłek w celu zwiększenia liczby ofiarodawców, którzy przyczyniliby się choćby drobnemi datkami do powiększenia funduszów na walkę z gruźlicą, tem bardziej, że potrzeby w tej dziedzinie rosną, a szereg niezbędnych placówek jest zachwiany spowodu trudności finansowych.

Statut prewentorjum. Dotychczasowe doświadczenie wykazało, że szereg zakładów o typie zbliżonym do typu prewentorjów, noszących różnorodne nazwy — zakładów leczniczo-wychowawczych, leczniczo-opiekuńczych, domów zdrowia i t. p. nie spełnia swych zadań, gdyż zakłady te przyjmują różnorodne kategorje dzieci, nadające się do sanatorjum, nieraz nawet z gruźlicą zaraźliwą, albo przeciwnie — dzieci zdrowe, lecz mające złe warunki domowe. Przyjmowanie tego rodzaju dzieci nie przynosi szkody (jak się to dzieje w przypadku przyjmowania dzieci z gruźlicą płuc), zmienia jednak charakter zakładu, obniża jego poziom pod względem opieki lekarskiej i stosowania metod leczniczych. Wobec tego opracowało Ministerstwo Opieki Społecznej projekt statutu prewentorjum, wysyłając go do wiadomości władz sanitarnych i zachęcając równocześnie do tworzenia prewentorjów, jako typów tanich zakładów, mogących odegrać doniosłą rolę w walce z gruźlicą.

Polski Związek Turystyczny urządza w czasie od 3 do 21 XII. b. r. wycieczkę do Wiednia. Wyjazd nastąpi z Krakowa w niedzielę dnia 3. XII. o godz. 11.50; przyjazd do Wiednia o godz. 22.33. Powrót z Wiednia dnia 21. XII. — wyjazd o godz. 8.30; przyjazd do Krakowa o godz. 16.40. Głównym celem wycieczki jest umożliwienie zainteresowanym sferom polskim poznania tych urządzeń Wiednia, które mają poważną wartość pedagogiczną, a w szczególności wszystkie urządzenia gminy miasta Wiednia: jak działalność budowlana, działalność na polu opieki społecznej, szkolnictwa, urządzeń sanitarnych i t. p. Dla uczestników interesujących się tym działem, urządzone będą specjalne pokazy i wykłady. Drugi dział wycieczki przygotowany został dla sfer lekarskich. W tym czasie odbędzie się 50 kurs międzynarodowy dokształcający dla lekarzy na temat nowoczesnej diagnostyki i terapji. Równocześnie dla lekarzy uczestniczących w wycieczce przewidziane są ułatwienia w zwiedzaniu wszystkich nowoczesnych urządzeń szpitalnych i leczniczych Wiednia i jego okolicy. Pozatem uzyskał Polski Związek Turystyczny dla uczestników zniżki wstępów do wielu teatrów i na koncerty, których program na czas pobytu przedstawia się niezmiernie bogato. Koszta uczestnictwa, które obejmują indywidualny paszport miesięczny wraz z wizami oraz z przejazdem pociągiem specjalnym tam i spowrotem wynoszą Zł 175, względnie łącznie z komfortowym hotelem w śródmieściu oraz śniadaniem Zł 315.

W Paryżu powstała międzynarodowa organizacja *(Office international de chimie 49, Rue de Mathurins Paris 8 e)*, która postawiła sobie za zadanie gromadzenie publikacyj z zakresu chemji i nauk pokrewnych. Zbiór ten obejmujący prace z całego świata będzie udostępniony dla wszystkich, którzy z niego zechcą korzystać.

Redakcja otrzymała:

M. Villaret i F. Moutier: Les cures thermales en gastro-entérologie. Masson et C-ie éditeurs. Paris, 1933.

L. Dautrebande, Prof. à la Faculté de Médecine de Liège. Les gaz toxiques Physiologie, toxicologie protection, thérapeutique. Masson et C-ie, éditeurs. Paris. 1933.

N. H. Swellengrebel: Paludismes dans les Deltas. Delta du Rhin. Société des Nations. Genève. 1933.

Dr. Marian Zachert. Występowanie i zwalczanie jaglicy w 1930 i 1931 r. Warszawa 1933.

Dr. Marjan Zachert. Zagadnienie zapobiegania ślepocie na XIV Międzynarodowym Kongresie Okulistycznym w Madrycie. Warszawa 1933.

XXV-lecie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, 1906 — 1931. Warszawa. 1933.

Jules Cottet. Les troubles de l'élimination urinaire de l'eau. Étude physio-pathologique et clinique. Masson et C-ie, Éditeurs

Thérèse A. Jousset: Étude et traitement de la méningite tuberculeuse. Masson et Cie, éditeurs libraires de l'académie de médecine. Paris.

Paul Bufnoir: Les arthrodèses dans la coxalgie. Indications. Techniques. Résultats éloignés. Masson et Cie, éditeurs libraires de l'académie de médecine. Paris.

Etienne Burnet: Prophylaxie de la tuberculose. Applications en Europe. Masson et Cie, éditeurs libraires de l'académie de médecine. Paris.

E. Leuret, J. Caussimon: Les réactions du tissu pulmonaire dans la tuberculose. Étude expérimentale et interprétation. Masson et Cie, éditeurs libraires de l'académie de médecine. Paris.

Louis Tixier et Charles Clavel: Les grandes hémorragies gastro-duodénales. Étude médico-chirurgicale. Masson et Cie, éditeurs libraires de l'académie de médecine. Paris.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA NA KWARTAŁ IV-ty

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . $ 2.50